Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 36 · numéro 6 · juin 2016

Dans ce numéro

115 Renforcement des données probantes et des mesures relatives aux partenariats plurisectoriels en santé publique : un projet de recherche-action

127 Rapport d'étape – Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes : un système de surveillance des blessures dynamique et novateur

134 Note de synthèse – Le fardeau économique direct des inégalités socioéconomiques en matière de santé au Canada : analyse des coûts des soins de santé selon le revenu

136 Autres publications de l'ASPC

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2016
ISSN 2368-7398
Pub. 150135
Journal_HPCDP-Revue_PSPMC@phac-aspc.gc.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page :
http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/autinfo-fra.php

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

Renforcement des données probantes et des mesures relatives aux partenariats plurisectoriels en santé publique : un projet de recherche-action

C. D. Willis, Ph. D. (1, 2, 3); J. K. Greene, M. Éd. (2); A. Abramowicz, M. Sc. (1); B. L. Riley, Ph. D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : L'initiative Partenariats plurisectoriels de l'Agence de la santé publique du Canada, gérée par le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC), réunit différents partenaires en vue de concevoir, de mettre en œuvre et de faire progresser des approches novatrices visant à améliorer la santé de la population. Cet article décrit l'évolution et les premières priorités d'un projet de recherche-action (stratégie d'apprentissage et d'amélioration) dont l'objectif est de faciliter l'amélioration continue de l'initiative de partenariat du CPCMC et de contribuer aux données probantes sur les partenariats plurisectoriels.

Méthodologie : La stratégie d'apprentissage et d'amélioration du CPCMC pour les partenariats plurisectoriels repose sur les consultations avec le personnel et la haute direction du CPCMC et sur l'examen de cadres conceptuels liés aux partenariats plurisectoriels. Les consultations ont porté sur l'élaboration de l'initiative plurisectorielle, ses obstacles, ses facteurs de réussite et ses indicateurs d'efficacité. Nous avons fait une revue de littérature et consulté la littérature grise en appliquant une stratégie de recherche systématique puis nous avons résumé nos conclusions sous forme de comptes rendus.

Résultats : Les consultations et l'examen de la littérature ont souligné l'importance de comprendre l'incidence des partenariats, d'élaborer une vision commune, de mettre en œuvre un système partagé de mesures et de créer des occasions d'échange de connaissances. C'est dans cette perspective que nous proposons une stratégie d'apprentissage et d'amélioration en six volets : 1) donner la priorité aux besoins en matière d'apprentissage, 2) relier les besoins aux données probantes, 3) utiliser des méthodes de collecte de données pertinentes, 4) analyser et synthétiser ces données, 5) fournir une rétroaction aux membres et aux équipes du CPCMC et 6) agir. Les premiers besoins en matière d'apprentissage concernent la portée des partenariats et les répercussions non anticipées des partenariats plurisectoriels sur les individus, les équipes, les organismes et les communautés.

Conclusion : Bien que principalement destinée au CPCMC, la stratégie d'apprentissage et d'amélioration pourrait s'avérer tout aussi pertinente pour d'autres publics, notamment d'autres ministères ou organismes externes intéressées à saisir et partager de nouvelles connaissances sur les partenariats plurisectoriels.

Mots-clés : partenariats plurisectoriels, collaboration, amélioration continue, apprentissage

Points saillants

- Bien que les partenariats multisectoriels sur les enjeux complexes en santé ne soient pas nouveaux, nous n'en n'avons qu'une connaissance limitée.
- Nous avons créé une stratégie d'apprentissage et d'amélioration pour augmenter les connaissances sur l'initiative des partenariats plurisectoriels de l'Agence de la santé publique du Canada, pour en améliorer les effets et pour explorer des enjeux nouveaux et d'actualité dont on ne rend habituellement pas compte dans les activités de surveillance et d'évaluation.
- Cette stratégie souligne l'importance de comprendre les effets de ces partenariats, de développer une vision commune, d'implanter un système de mesures partagées et de favoriser les échanges de connaissances.
- Cette stratégie aidera la collecte d'une information pertinente et actualisée, au service des efforts de l'ASPC et de sa base de données probantes sur les partenariats plurisectoriels, utilisable par des publics variés.

Introduction

Pour parvenir à traiter des questions complexes de santé publique, comme la prévention primaire des maladies chroniques, il est nécessaire que les différents secteurs – en particulier les institutions publiques et privées – adoptent des mesures conjointes et coordonnées[1-4]. Ces efforts de collaboration reposent sur le principe qu'aucun organisme

Rattachement des auteurs :

1. Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
2. Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. School of Population Health, Université d'Adelaide, Adelaide (Australie méridionale), Australie

Correspondance: Cameron D. Willis, Menzies Centre for Health Policy, D17 Charles Perkins Centre, Université de Sydney NSW 2006, Australie; courriel : cameron.willis@sydney.edu.au

et aucun secteur n'a à lui seul la responsabilité ou la capacité d'améliorer la santé de la population. Ce n'est que par un travail fondé sur la collaboration que l'on peut tirer le maximum des ressources, des compétences et des talents afin de réaliser des progrès durables dans les domaines de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, en particulier les cancers, les cardiopathies et les maladies mentales[4-8].

C'est dans cette perspective que le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a lancé, en 2013, l'initiative Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques (http://www.phac-aspc.gc.ca/fo-fc/mspphl-pppmvs-fra.php). Cette initiative appuie de nombreux projets de partenariats conclus entre des organismes publics et privés dans le but de stimuler le recours à des interventions fondées sur des données probantes traitant des facteurs de risque courants des maladies chroniques[9]. Pour maximiser les bénéfices de cette initiative, le CPCMC a mis au point une stratégie d'apprentissage et d'amélioration permettant d'explorer des enjeux nouveaux et d'actualité dont on ne rend habituellement pas compte dans les activités de surveillance et d'évaluation.

Dans cet article, nous décrivons les différents volets de la stratégie d'apprentissage et d'amélioration destinée aux partenariats plurisectoriels, les processus qui ont servi à son élaboration ainsi que les premières priorités en matière d'apprentissage du CPCMC.

Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques

L'initiative Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques, gérée par le CPCMC, regroupe les investissements fédéraux et ceux du secteur privé et des organismes de bienfaisance ou sans but lucratif, afin de diversifier et d'accroître les investissements financiers en prévention des maladies chroniques, de partager les risques potentiels et les bénéfices mutuels entre les organismes participants ainsi que d'accroître la portée et l'incidence des interventions en prévention des maladies chroniques. Elle permet aux partenaires de co-créer des projets, de co-investir en eux et, graduellement, de les co-gérer.

Pour mettre en œuvre cette initiative, le CPCMC a transformé certains de ses investissements en subventions et en contributions. Par exemple, il a délaissé l'habituel processus d'appel d'offre à durée limitée – où les soumissionnaires ne sont acceptés que pendant certaines périodes chaque année – pour adopter plutôt un processus continu à deux étapes permettant la poursuite de partenariats et l'élaboration suivie de projets. De plus, on a adopté un modèle de rémunération au rendement afin d'accroître la responsabilisation : les versements ne sont faits que lorsque les jalons conjointement négociés du projet sont atteints. Les paiements d'étapes sont fondés sur les résultats du projet, par exemple la mise en œuvre d'une intervention dans un nombre convenu de sites, la réalisation des évaluations exigées (comme la soumission de toutes les données de référence) ou l'élaboration de ressources pour le projet (comme un portail Web, une application mobile ou une plateforme pour les formateurs intégrant l'ensemble des objectifs du projet). De plus, en vue d'élaborer une base de données solide pour les projets financés, le CPCMC a mis en place une méthode permettant de recueillir de façon continue des données sur les changements comportementaux, avec la possibilité d'explorer le retour sur investissement des projets du point de vue social.

Depuis son lancement en février 2013, l'initiative a permis la mise en œuvre de 22 projets de partenariat (axés sur l'activité physique, les modes de vie sain, le tabagisme ou la prévention des blessures, ou encore sur plusieurs facteurs de risque) et le versement de plus de 38 millions de dollars.

Avantages et défis des partenariats plurisectoriels

Bien que les partenariats plurisectoriels constituent une part importante de l'infrastructure en santé publique, au Canada comme ailleurs dans le monde[10-16], il demeure difficile de les définir, d'en gérer les avantages et les inconvénients, d'en évaluer la structure, les processus et les résultats et enfin d'en améliorer le rendement.

Les partenariats sont souvent vus comme des liens dyadiques entre des organismes qui se consacrent à « l'échange de pouvoir, de tâches, d'aide ou d'information avec les autres en vue d'atteindre des objectifs ou des avantages communs » [traduction][17, p. 61]. Ces liens forment la base d'autres structures collaboratives, notamment de réseaux (« un groupe d'au moins trois organismes liés de sorte à faciliter l'atteinte d'un objectif commun » [traduction][4]), d'alliances (qui sont « habituellement des partenariats dyadiques qui sont moins complexes et de durée plus courte que les réseaux » [traduction][4]) et de coalitions de communautés (à savoir « des communautés précises ainsi que leurs membres qui représentent la diversité et la sagesse de ces communautés, tant à petite qu'à grande échelle » [traduction][18]. Quelle que soit la structure de collaboration, les organismes qui en font partie affichent des similitudes et des différences à trois égards : les secteurs qu'ils représentent, les ressources qu'ils apportent et leur secteur d'intervention.

En dépit des différences entre ces initiatives de collaboration, les partenariats présentent tous une série de bénéfices et de risques. C'est particulièrement le cas des partenariats auxquels des organismes privés et publics participent, comme le Right to Play Canada, le Partnership for a Healthier America, le Partenariat canadien pour une vie active après l'école et le Let's Move! Active Schools[1-3,19-28]. Parmi les avantages cités, on compte une capacité accrue à partager les risques et les bénéfices, la sensibilisation d'un plus grand nombre de personnes, d'organismes, de secteurs et de communautés et, grâce aux ententes de partenariat qui ont été prises, l'accroissement de la responsabilisation et de l'engagement des organismes participants[2]. Dans le cadre de partenariats impliquant d'importants organismes privés, on est soucieux des motivations des partenaires industriels, de l'éventuelle présence de conflits d'intérêts, de décalages potentiels

entre les produits de l'entreprise et les besoins de la communauté, du risque de détournement des priorités gouvernementales en faveur des intérêts du secteur privé, de la possibilité de répercussions négatives sur la réputation (surtout pour le secteur public ou sans but lucratif), de l'éventuel déséquilibre de pouvoirs entre les organismes partenaires et la perte d'autonomie (surtout pour les partenaires moins puissants)[1,23]. Il est donc important de préciser, d'élaborer, d'évaluer et de partager les expériences de ceux qui contribuent à l'établissement, à la gestion et à la surveillance de ces partenariats plurisectoriels, afin de mieux comprendre la façon dont ils fonctionnent dans différents contextes et avec divers partenaires, de même que leur incidence à court et à long terme sur les individus et les populations.

Une occasion d'apprentissage et d'amélioration

Au nom de l'ASPC et conformément à son exigence de mesures fondées sur des données probantes, le CPCMC investit dans une stratégie d'apprentissage et d'amélioration en vue de mieux comprendre les partenariats plurisectoriels établis en santé publique, pour améliorer et renforcer la base de données sur les partenariats. Cette stratégie sera également profitable à d'autres centres de l'ASPC, de même qu'à d'autres ministères, organismes, sociétés d'État ou organismes de services spéciaux au sein du gouvernement, ou encore à d'autres organismes (organismes de financement de la recherche, universités, fondations, industries privées, etc.) ayant l'intérêt ou la responsabilité de mieux connaître les partenariats plurisectoriels et de les améliorer. Ce travail s'appuie sur des traditions disciplinaires bien ancrées (comme l'apprentissage organisationnel) éclairant les processus qui permettent aux individus et aux institutions de modifier leurs modèles mentaux, leurs normes, leurs stratégies et leurs presupposes[29,30]. Comme l'a souligné Senge[29], les organismes favorisant l'apprentissage sont ceux « où chacun améliore constamment sa capacité à créer les résultats qu'il souhaite réellement obtenir, où on favorise les façons de penser nouvelles et en développement, où les aspirations collectives sont libres et où les gens apprennent continuellement ensemble à avoir une vue d'ensemble » [traduction][29, p. 3]. Utilisant les facteurs favorisant l'apprentissage organisationnel (comme l'apprentissage en équipe, la pensée systémique et l'établissement d'une vision commune), cet article décrit l'élaboration et les éléments clés de la stratégie d'apprentissage et d'amélioration du CPCMC pour les partenariats plurisectoriels, et il donne un aperçu des premières priorités en matière de mise en œuvre[29,30].

Méthodologie

L'élaboration de la stratégie d'apprentissage et d'amélioration repose sur :

- le personnel du CPCMC ayant participé à la conception et à la mise en œuvre de l'initiative sur les partenariats plurisectoriels et
- l'analyse de cadres conceptuels de partenariats plurisectoriels.

Consultations auprès du personnel du CPCMC

Les consultations réalisées auprès du personnel du CPCMC ont été réalisées par CDW et JKG le 21 mars 2014. Un guide de consultation a été élaboré à la lumière des discussions avec les responsables du projet, de l'examen des documents d'orientation du CPCMC (*Guide de partenariat, Cadre d'évaluation des partenaires potentiels, Document d'orientation à l'intention des bénéficiaires d'accords de contribution – Mesurer l'incidence*) et de l'examen de documents stratégiques récents de l'ASPC. Le guide de consultation contient une série de questions destinées à recueillir les expériences des participants à propos des partenariats plurisectoriels, des objectifs attendus de l'initiative plurisectorielle de l'ASPC, des points forts et des points faibles des approches actuelles de surveillance et d'évaluation des partenariats, des incertitudes qui restent à éliminer à l'aide de la documentation sur les partenariats plurisectoriels, des premières priorités en matière d'apprentissage ainsi que des spécificités qu'ils souhaitent voir à une initiative d'apprentissage et d'amélioration pour les partenariats plurisectoriels du CPCMC.

Dix-sept membres du personnel du CPCMC ont participé aux consultations dans le cadre de quatre groupes de discussion, chacun comptant entre deux et dix participants. Les groupes pertinents devaient déjà posséder des connaissances et de l'expérience dans la mise en œuvre ou l'évaluation de projets de partenariats plurisectoriels. On a donc invité dans ces groupes les membres qui avaient une vue d'ensemble du programme (directeur général et directeur principal), ceux de la Division des partenariats et des stratégies, ceux de la Division de la mesure du rendement et ceux de la Division des interventions et des pratiques exemplaires.

On a regroupé en un fichier les notes prises au cours des quatre groupes de discussion en personne, animés conjointement par CDW et JG. Une analyse thématique a été effectuée afin d'éliminer les points redondants et de dégager les grands thèmes. Les thèmes retenus ont soit été définis par plusieurs groupes au cours des consultations, soit été jugés très importants par la haute direction. Ils ont fait l'objet de discussions puis ont été retravaillés par un groupe de huit membres du CPCMC ayant aussi participé aux groupes de discussion. Ces membres ont été sélectionnés en raison de leurs rôles et responsabilités (p. ex. établissement des partenariats, évaluation, gestion et surveillance des partenariats, contrats), de l'ampleur de leurs connaissances et expériences ainsi que de leur capacité à favoriser le changement.

Analyse des cadres conceptuels pertinents dans le cas de partenariats plurisectoriels

Se basant sur les conclusions des consultations, le groupe de travail du CPCMC et les chercheurs du Centre pour l'avancement de la santé des populations ont fixé conjointement l'objectif de l'analyse : déterminer et décrire les cadres ou modèles conceptuels pertinents permettant de comprendre et d'expliquer les caractéristiques, les fonctions et les conséquences (prévues ou non) des partenariats plurisectoriels, que ce soient des liens dyadiques entre deux organismes (indépendamment des secteurs) ou des liens plus étendus (ce que l'on qualifie souvent de réseau interorganisationnel).

Stratégie de recherche

Nous avons restreint notre stratégie de recherche à la littérature ayant fait l'objet d'une évaluation par les pairs et à la littérature grise publiée en anglais depuis 2000. On a également consulté cinq bases de données électroniques, PubMed, Academic Search Premier, ABI Inform, Scopus et Web of Science. Notre stratégie, adaptée à chaque base de données, a consisté à utiliser une combinaison de vocabulaire contrôlé et de termes libres (tableau 1). Les termes de recherche ont été regroupés en trois grandes catégories ayant à voir avec des cadres ou des modèles, des initiatives plurisectorielles et des partenariats organisationnels. Les recherches ont d'abord été réalisées séparément, puis ont été rassemblées afin de repérer les modèles conceptuels pertinents aux partenariats à représentants plurisectoriels.

Un examinateur a ensuite éliminé les articles jugés non pertinents à la lumière de leurs titres, et deux examinateurs ont évalué les résumés des autres articles, en réglant les divergences d'avis grâce à des discussions ouvertes (voir le tableau 2 pour les critères d'inclusion et d'exclusion). Les articles qui ne décrivaient aucun cadre, modèle conceptuel ou modèle théorique permettant de comprendre les travaux plurisectoriels ou multiorganisationnels, ou qui ne portaient que sur un seul enjeu ou groupe clinique (p. ex. une maladie ou un groupe professionnel précis), ont été exclus.

Nous avons aussi consulté la littérature grise des sites Web du GSA, du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, du Stanford Social Innovation Review et du Tamarack Institute for Community Engagement, à la recherche de rapports et de publications susceptibles de décrire une application possible de cadres à des initiatives plurisectorielles ou à l'élaboration de stratégies d'apprentissage et d'amélioration pour des partenariats plurisectoriels. On a également consulté Internet à l'aide des moteurs de recherche Google (https://www.google.ca/) et DuckDuckGo (https://duckduckgo.com/), en utilisant des termes clés tirés de la base de données. L'équipe a passé en revue les cinq premières pages de chaque résultat de recherche afin de repérer les documents les plus pertinents. Nous avons appliqué aux recherches sur Internet et à l'examen des sites Web les mêmes critères que ceux de l'évaluation par les pairs (tableau 2).

Extraction et synthèse des données

Ont été extraites de chacun des documents pertinents repérés au cours de la recherche les données suivantes : nom du cadre, but ou perspective du cadre, éléments essentiels ou facteurs de réussite, domaines d'évaluation (incluant les exemples d'indicateurs s'ils étaient fournis). On a regroupé les cadres selon des perspectives macro, méso et micro. Les cadres à l'échelle macro fournissent une orientation de haut niveau pour comprendre l'incidence sociale d'une collaboration plurisectorielle. Les cadres à l'échelle méso décrivent le fonctionnement de la collaboration ainsi que les facteurs importants pour établir des partenariats. Enfin, les cadres à l'échelle micro précisent les grands domaines nécessaires à la compréhension du fonctionnement des partenariats, de même que des mesures, des outils et des indicateurs spécifiques plus clairs.

Les cadres relevant de plus d'une échelle ont été classés selon le plus haut niveau d'application.

Pour chaque cadre, les données ont été extraites, compilées puis résumées sous forme narrative.

Élaboration de la stratégie d'apprentissage et d'amélioration

Au cours des consultations, le personnel du CPCMC a commencé à faire la liste des défis concrets liés à l'établissement, à la mise en œuvre et à l'évaluation de partenariats plurisectoriels, ainsi que des principaux domaines où l'on ne recueille habituellement pas d'information au cours de la surveillance et de l'évaluation habituelles. Le personnel du CPCMC a également souhaité avoir une meilleure compréhension des facteurs majeurs de réussite des partenariats interorganisationnels, des secteurs clés de mesure et des techniques d'évaluation du rendement des partenariats. Compte tenu de ces intérêts, la revue de littérature a porté sur les cadres des partenariats qui synthétisaient les concepts relatifs aux partenariats plurisectoriels. Afin d'intégrer les données concrètes obtenues lors des consultations du CPCMC et l'information conceptuelle tirée de la revue de littérature, nous avons élaboré une stratégie d'ensemble reposant sur les données à propos des partenariats plurisectoriels tout en répondant aux besoins du personnel du CPCMC. La connaissance des cycles d'apprentissage[31] et de la manière d'améliorer sans cesse la qualité[32] a facilité la génération d'une stratégie flexible, itérative et adaptée au contexte précis des partenariats plurisectoriels, fondée sur des cycles d'apprentissage de 3 à 4 mois, ce qui assure une bonne capacité de réaction face aux enjeux exigeant une réponse rapide et l'utilisation optimale des ressources disponibles.

L'équipe CPCMC-Propel a élaboré une version provisoire de la stratégie, qui a

TABLEAU 1
Catégorisation des termes de recherche

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
cadre	plurisectoriel	partenariat
modèle	plurilatéral	réseau
concept	interorganisme	collaboration
méthode	interorganisationnel	plateforme
théorie	intersectoriel	alliance
théories	multisectoriel	système
incidence		
efficacité		
résultat		
rendement		

TABLEAU 2
Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Le document décrit un cadre, un modèle conceptuel ou un modèle théorique permettant de comprendre les travaux plurisectoriels ou multiorganisationnels.	L'article ne décrit aucun cadre, modèle conceptuel ou modèle théorique.
	Le document décrit un cadre, un modèle conceptuel ou un modèle théorique qui ne permet pas de comprendre les travaux plurisectoriels ou multiorganisationnels.
	Le document n'aborde qu'un sujet ou groupe clinique (p. ex. une maladie ou un groupe professionnel précis).

été ensuite retravaillée par discussions avec 33 membres du CPCMC.

Résultats

Consultations

Les consultations ont permis de repérer une série de concepts, d'idées et de besoins liés à l'initiative de partenariats plurisectoriels de l'ASPC, notamment en ce qui a trait à la compréhension de l'incidence, de la conception, de l'établissement et de l'amélioration des partenariats. Trois thèmes principaux ont été dégagés :

(1) Certaines des répercussions de l'initiative de partenariats plurisectoriels et de ses projets apparaissent dans les résultats à court et à long terme obtenus grâce au système de mesure de rendement du projet. Les autres relèvent de l'exploitation (ressources, compétences, réputation, crédibilité, fonds, etc.), de la portée du programme, de la durabilité des interventions, de l'appui à l'innovation sociale, du rendement social et de la crédibilité de l'ASPC (interne et externe au gouvernement). Des effets multiples, tant positifs que négatifs, sont susceptibles d'émerger, notamment une meilleure capacité au sein des organisations partenaires (p. ex. en générant de la valeur sociale), l'acquisition de nouvelles compétences par le personnel des organismes partenaires (p. ex. en évaluation), une meilleure utilisation de la technologie (p. ex. amélioration des techniques de saisie et de surveillance des données), une aggravation potentielle des inégalités en matière de santé en fonction des conditions socioéconomiques, de la culture ou de localisation et enfin un centrage réduit à la santé des personnes plutôt que portant sur les approches axées sur la santé de la population.

(2) Le CPCMC – notamment au sein de la Division des partenariats et des stratégies et du Bureau de direction, parmi les gestionnaires expérimentés – possède un large éventail de connaissances pratiques sur les types de partenaires et de partenariats, sur ce qui fonctionne (ou pas) pour chacun d'eux, pour qui ils fonctionnent, dans quelles circonstances et pour quelles raisons. Ces connaissances touchent à la façon de démarrer, consolider, soutenir, modifier, mesurer, gérer et évaluer les partenariats plurisectoriels à différents stades de leur évolution, ainsi qu'à la façon dont la structure ou la conception organisationnelle du CPCMC et de l'ASPC contribue – ou nuit – à la pratique actuelle. Quoique des outils, des modèles et des méthodes existent pour éclairer le processus décisionnel, les connaissances (pourtant particulièrement pertinentes) de certains spécialistes ne sont pas systématiquement emmagasinées, partagées ou utilisées pour expliquer, comprendre et améliorer les partenariats plurisectoriels.

(3) L'accent ayant été davantage mis sur la mise en œuvre de l'initiative de partenariats plurisectoriels et de ses projets connexes, les occasions ont été rares au sein du CPCMC de réfléchir aux connaissances, atouts et expériences déjà acquis, d'en tirer profit et d'agir à partir d'eux. Il faut notamment définir et combler rapidement les lacunes en matière de connaissances, de compétences et de formation. Compte tenu du mandat de l'ASPC, de l'expérience offerte par le projet plurisectoriel ainsi que de la demande croissante en matière de données à propos de l'engagement intersectoriel envers l'amélioration de la santé de la population, on a considéré comme particulièrement important de réfléchir aux expériences vécues et d'en tirer des leçons en temps réel.

Analyse des cadres

Des 5 363 articles repérés au cours de notre stratégie de recherche, 5 066 ont été éliminés en raison de leur titre. Il en est donc resté 297, dont nous avons analysé le texte intégral ou le résumé. Cela a conduit à éliminer 204 articles, en en conservant donc 93. Nous avons encore examiné les résultats de cette recherche, afin de repérer les articles les plus pertinents et les plus récents et d'éliminer les doublons, ce qui a permis de retirer 17 articles publiés avant 2007. Nous avons, pour terminer, évalué la pertinence des 76 articles restants et décidé ou non de les inclure pour leur cadre ou son équivalent, ce qui a conduit à l'élimination de 56 autres.

La consultation de la littérature grise a permis de repérer 26 documents, dont 12 ont été éliminés conformément aux mêmes critères que précédemment, ce qui en a laissé 14.

En tout, nous avons analysé 34 articles, sur 19 cadres différents se rapportant à l'élaboration d'une stratégie d'apprentissage et d'amélioration pour les partenariats plurisectoriels. Le tableau 3 présente les 19 cadres aux échelles macro, méso et micro inclus dans cette évaluation.

Cadres à l'échelle macro

Les cadres à l'échelle macro décrivent le rôle de la collaboration dans la stimulation d'un changement social positif, ainsi que les facteurs essentiels à l'évaluation des initiatives de changement à grande échelle. Ils peuvent contribuer à saisir et à décrire les objectifs généraux du projet plurisectoriel de l'ASPC, ces derniers pouvant ensuite être reliés à certaines caractéristiques précises

TABLEAU 3
Cadres aux échelles macro, méso et micro

Cadres à l'échelle macro	Cadres à l'échelle méso	Cadres à l'échelle micro
Innovation sociale	Cadre de changement des systèmes.	Répertoire propositionnel pour la conception et la mise en œuvre de collaborations intersectorielles (en leadership).
Valeur commune	Cadre orientant l'élaboration de stratégies pour les organismes sans but lucratif.	Cadre et processus pour des mesures en santé publique fondées sur la collaboration.
Impact collectif	Modèle permettant d'analyser la formation dans les activités intersectorielles.	Cadre RE-AIM pour évaluer l'impact des partenariats plurisectoriels.
	Répertoire propositionnel pour la conception et la mise en œuvre de collaborations intersectorielles.	Cadre de collaboration, d'évaluation et d'amélioration.
	Cadre intégré pour une gouvernance collaborative.	Cadre pour comprendre l'incidence en matière de rendement des réseaux interorganisationnels.
	Cadre pour les résultats organisationnels de la collaboration communautaire.	Cadre pour évaluer l'efficacité des réseaux de promotion de la santé.
	Cadre des antécédents, des processus et du rendement perçu des collaborations interorganisationnelles pour la prestation de services publics.	Indicateurs de rendement multiniveaux pour les réseaux plurisectoriels et leur gestion.
	Cadre collaboratif de création de valeur pour analyser les partenariats d'affaires et sans but lucratif.	
	Cadres et initiatives clés pour les partenariats en soins de santé et en services sociaux.	

des projets de partenariat financés. Les cadres à l'échelle macro comprennent les innovations sociales[33,34], la valeur partagée[35-37] et l'impact collectif[38-42] (même si l'impact collectif a été regroupé avec d'autres cadres au niveau macro, nous sommes conscients qu'il présente certaines caractéristiques des cadres méso et micro). Discuter plus largement de chacun de ces cadres outrepasserait la portée de cet article. Notre synthèse présente néanmoins les points de vue de chacun d'entre eux, précise la façon dont sont envisagées les activités plurisectorielles et leur apport potentiel aux stratégies d'apprentissage et d'amélioration pour les partenariats plurisectoriels.

L'innovation sociale est décrite comme la recherche d'une « nouvelle solution à un problème social, plus efficace et plus durable que les solutions actuelles et dont la valeur profite avant tout à la société dans l'ensemble plutôt qu'à des intervenants du secteur privé » [traduction][43]. Le Ber et Branzei[34] ont souligné que les partenariats étaient un élément clé de l'innovation sociale et qu'ils révélaient l'importance des liens entre les partenaires ainsi que leur confiance et leurs désillusions. Entretenir des relations plurisectorielles exige des partenaires de réévaluer en permanence leurs rôles et leurs liens en fonction de l'évolution des contextes et des circonstances.

À l'inverse, la valeur partagée favorise les investissements dans la compétitivité à long terme tout en faisant la promotion des objectifs sociaux et environnementaux[35]. Dans le cas où des partenariats sont établis en vue de générer une valeur partagée, les partenariats plurisectoriels offrent des outils incontournables pour l'obtention de résultats aussi bien opérationnels (augmentation du revenu, part de marché, rentabilité, etc.) que sociaux (meilleurs soins aux patients, réduction de l'empreinte carbone, compétences accrues, etc.)[37].

À la différence de la valeur partagée et de l'innovation sociale, avec l'impact collectif, l'accent est mis sur les partenariats plurisectoriels, qui sont influencés par cinq conditions principales : un programme commun, des systèmes de mesure partagés, des activités de renforcement, une communication constante et le soutien d'une organisation clé[39-41]. Un élément sous-jacent au succès des initiatives d'impact collectif est le processus d'apprentissage continu fondé sur des mesures partagées et des évaluations continues, qui permettent d'alimenter les indicateurs de processus et de résultats en lien avec l'évolution du partenariat[41].

Cadres à l'échelle méso

Dans notre analyse, les cadres à l'échelle méso sont ceux qui portent sur le fonctionnement des partenariats. Ceux qui sont présentés dans le tableau 3 se différencient par leur visée (par exemple la formation de partenariats), leurs facteurs de réussite et les résultats ou impacts prévus. Les thèmes les plus courants abordés dans ces cadres sont l'importance du contexte, le besoin de cerner clairement le problème, les processus nécessaires à l'établissement et au maintien de l'engagement des partenaires, l'importance de la compréhension et de l'interaction et enfin les liens avec les résultats du partenariat.

Contexte

Le contexte peut être considéré d'un point de vue extérieur comme interne. Le contexte extérieur comprend les normes, les ressources, les règlements et les activités des sociétés ainsi que les stratégies, les politiques et les conditions juridiques qui touchent le partenariat[12,44,45].

Le contexte interne comprend les cultures, structures et politiques ministérielles et organisationnelles en place sur lesquelles les membres d'un organisme peuvent avoir une influence[12], ainsi que la façon dont les caractéristiques et les interactions antérieures de chacun des organismes influence les partenariats et leurs résultats[46].

Cerner le problème

De nombreux cadres à l'échelle méso révèlent l'importance de comprendre l'enjeu ou le problème abordé par le partenariat plurisectoriel, de même que les limites entre lesquelles il navigue (c'est-à-dire le contenu

d'un système donné, par exemple les organismes, les relations, les histoires et les cultures)[44]. Les partenariats fructueux ont recours à différents groupes d'intervenants dans le cadre d'un processus explicite qui vise à intégrer divers points de vue. Il peut notamment s'agir d'élaborer des énoncés et des mandats, d'affecter des ressources et d'approuver des structures décisionnelles[13,44].

Processus de partenariat

Les processus de partenariat regroupent les activités ordinaires des travaux relatifs au partenariat, comme l'établissement d'ententes, le renforcement du leadership et de la légitimité, la génération de la confiance entre les partenaires, la gestion des conflits et la planification des activités courantes liées au partenariat[13]. Le processus collaboratif de création de valeur va de pair avec le processus de partenariat et ses étapes d'évolution : au fil de la transformation des structures collaboratives, les structures relationnelles semblent se modifier pour améliorer le partage des ressources, intensifier les interactions, accroître les valeurs stratégiques et assurer une plus grande mobilisation envers les occasions d'innovation[10,11]. Il peut s'agir plus précisément d'offre de séances de formation, de rassemblement des ressources ou de contrôle des activités de mise en oeuvre[45]. Les différentes étapes d'évolution des partenariats (établissement, sélection, mise en œuvre, conception et opérations, institutionnalisation) comportent de nombreux sous-processus : mécanismes visant à schématiser l'adaptation organisationnelle, à mettre en œuvre des processus officiels comme informels de gestion du risque ou encore à examiner différentes structures et conceptions favorisant l'expérimentation, dans le but d'obtenir une valeur partagée (comme le rassemblement d'équipes pour prendre des décisions communes, bâtir des relations de confiance et expérimenter l'autonomie organisationnelle)[47].

Interactions

On recommande, pour de nombreux cadres, d'examiner les interactions entre les diverses composantes des partenariats afin de comprendre et d'améliorer ces derniers. C'est réalisable en se penchant sur l'harmonisation interorganisationnelle, les forces et faiblesses relatives des divers organismes (concurrents et collaborateurs), les obstacles qui les séparent et les déséquilibres de pouvoirs[12]. Le Cadre de changement des systèmes définit divers processus pour examiner les interactions entre les éléments du système, en particulier la façon dont on peut utiliser celles-ci pour provoquer un changement[44]. Introduire des processus capables de fournir une vue d'ensemble des interactions entre les organismes est sans doute une étape importante dans la compréhension du fonctionnement des relations plurisectorielles dans des contextes sociaux plus élargis.

Résultats des partenariats

Les résultats des partenariats peuvent être de premier degré (p. ex. résultats à court terme des travaux de partenariat), de deuxième degré (p. ex. mesures coordonnées, changements de pratique ou de perspective) ou de troisième degré (p. ex. coévolution, formation de nouvelles institutions, nouvelles normes)[13]. Il peut également s'agir de changements (intentionnels ou non) d'états souhaités, de l'élaboration de nouveaux biens sociaux ou d'innovations technologiques, d'un meilleur apprentissage interorganisationnel, de l'amélioration des interactions entre les membres des divers organismes, d'un accès accru aux ressources, d'une plus grande capacité de servir les clients (si la prestation de service est une activité) et enfin d'une meilleure capacité de résolution des problèmes[48]. Étant donné cette diversité, il est essentiel que les mesures de résultats soient adaptées à chaque partenariat et à son stade d'évolution.

Cadres à l'échelle micro

Les cadres à l'échelle micro définissent les piliers sur lesquels s'appuie le fonctionnement des partenariats ainsi que les indicateurs des activités de partenariat (en particulier des outils spécifiques de collecte de données).

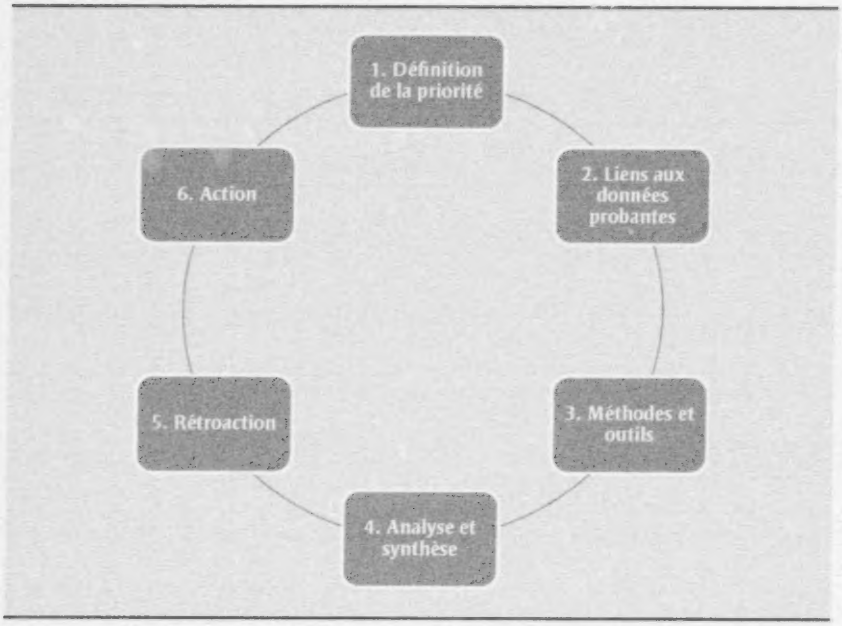
Parmi les cadres à l'échelle micro que nous avons analysés, trois portent sur des réseaux interorganisationnels[49-51], les autres relevant plutôt de collaborations et de partenariats. En partant de ce point de vue, le cadre et les processus pour la collaboration en santé publique ont défini cinq piliers des partenariats : évaluation et planification de la collaboration, mise en œuvre de mesures ciblées, modification des conditions dans les communautés et les systèmes, changement dans les comportements et enfin amélioration de la santé et de l'équité en santé[52]. On a attribué à ces piliers des indicateurs précis de succès, comme la présence d'un but commun, des modèles logiques clairs, des rôles explicites ainsi qu'un leadership reconnu et bien réparti.

En dépit de difficultés persistantes à établir des liens de cause à effet entre la coordination et le rendement d'un réseau, Gulati et collab.[49] ont proposé trois piliers expliquant la réussite d'un réseau (la portée, la richesse et la réceptivité) et ils ont fourni des indicateurs précis pour chacun d'eux, comme la distance entre les partenaires, la confiance, l'engagement et la multiplexité du lien. Le Health Promotion Networks Framework[50] met plutôt l'accent sur la structure, le processus et l'efficacité et présente divers indicateurs comme l'âge, la taille et la forme du réseau, les processus facilités par le réseau (comme la défense des intérêts, la formation et la sensibilisation du public), les effets de l'apprentissage organisationnel et les changements de pratique. De son côté, le Collaborative Evaluation Improvement Framework[53] fournit des stratégies de collecte de données précises afin d'assurer l'efficacité du réseau: vision d'ensemble ou schémas de l'équipe et des procédures décisionnelles, réalisation d'entrevues, de sondages et d'analyses de documents afin de mieux comprendre les processus internes et enfin collecte de données sur la qualité des interactions de l'équipe à l'aide d'outils précis (comme le Levels of Organizational Integration Rubric [LOIR][53] et le Team Collaboration Assessment Rubric [TCAR][53]).

Stratégie d'apprentissage et d'amélioration

La figure 1 présente la stratégie d'apprentissage et d'amélioration en six volets du CPCMC pour l'initiative des partenariats plurisectoriels. Ces cycles d'apprentissage, fondés sur les étapes d'apprentissage de Kolb (sensation, observation, réflexion et action)[31], permettent au CPCMC de poser rapidement les questions de fond qui s'imposent à propos des partenariats plurisectoriels, de recueillir et analyser l'information nécessaire en se fondant sur des

FIGURE 1
Composantes de la stratégie d'apprentissage et d'amélioration



données probantes et de la présenter de manière accessible au personnel du CPCMC (voire à d'autres personnes).

1. Établissement des priorités – préciser les besoins en matière d'apprentissage et d'amélioration relativement aux partenariats plurisectoriels et déterminer leur niveau de priorité

Les consultations initiales réalisées auprès du personnel du CPCMC ont fourni un aperçu du projet plurisectoriel du CPCMC, ce qui a permis de définir diverses orientations potentielles pour l'apprentissage et l'amélioration (figure 2). À partir des hypothèses orientant le projet plurisectoriel à son point de départ (élargissement de la portée, utilisation des ressources et accroissement de l'impact), ces besoins en matière d'apprentissage ont permis de formuler des questions précises tout au long de la stratégie d'apprentissage et d'amélioration. L'élaboration de ces questions prioritaires requiert la participation des membres et des équipes du CPCMC, voire des organismes ayant conclu des partenariats avec le CPCMC dans le cadre des projets de partenariats plurisectoriels. Ces processus d'établissement des priorités se font lors d'ateliers en personne ou par l'application de processus Delphi modifiés pour recueillir les points de vue d'un grand groupe[54].

2. Lien aux données probantes – confronter les besoins prioritaires en matière d'apprentissage et la réalité des cadres de partenariat

Le volet 2 s'appuie sur la littérature pertinente pour déterminer comment combler les besoins en matière d'apprentissage du CPCMC et comment cerner et résoudre les problèmes. Il s'agit notamment de lier les domaines prioritaires aux cadres de partenariat pertinents à l'aide d'un certain nombre de critères d'harmonisation, notamment le niveau auquel on souhaite obtenir l'information, l'étape d'évolution à laquelle se situe le partenariat et le niveau de détail nécessaire. Par exemple, un des besoins clés du CPCMC en matière d'apprentissage consiste à saisir la portée des projets de partenariats plurisectoriels actuels. La schématisation, grâce aux cadres conceptuels du partenariat, aide à déterminer les différentes composantes de la portée (p. ex. cibler les personnes, les organismes, les secteurs, les communautés), les facteurs qui influencent cette portée et la façon dont ces connaissances peuvent contribuer à améliorer l'initiative de partenariats du CPCMC.

3. Méthodes et outils – recueillir de l'information en vue de combler les besoins en matière d'apprentissage liés aux partenariats plurisectoriels

Les cadres analysés ont permis de voir comment on pouvait définir un besoin en matière d'apprentissage lié à un engagement plurisectoriel, ainsi que les outils nécessaires au recueil des données pertinentes. À la base, il faut déterminer à quel niveau l'information est recherchée (initiative générale, projet, organisme) ainsi que le stade de développement du partenariat. La littérature sur les apprentissages organisationnels révèle que l'information au niveau de l'organisme porte sur ses rôles, ses structures et ses processus internes, sur sa culture d'apprentissage ainsi que sur les avantages organisationnels du partenariat. Par exemple, dans le cadre de la première priorité du CPCMC en matière d'apprentissage (cibler sa portée), les données pertinentes ont pu être recueillies dans divers documents, dont les rapports des projets, et dans les entrevues menées auprès d'informateurs clés (personnel du CPCMC et de l'ASPC et collaborateurs externes).

Au niveau du projet, il est possible de cibler la schématisation des relations interorganisationnelles au sein des projets de partenariat, la définition et la schématisation des communautés de pratique et le suivi des étapes de collaboration au sein des projets. Cela permet de comprendre comment les individus et les organismes collaborent dans le cadre de projets de partenariat, d'identifier les voies de communication disponibles et de mesurer la fréquence et l'intensité des communications pendant ces projets[55]. Afin de recueillir de l'information sur ces aspects clés, de nouvelles méthodes de collecte (comme l'analyse des réseaux sociaux) pourraient s'ajouter aux techniques qualitatives et quantitatives traditionnelles[53].

Au niveau de l'initiative générale, le CPCMC aurait besoin de données sur l'ensemble des projets de partenariat pour mieux connaître les premières étapes de

FIGURE 2
Besoins en matière d'apprentissage

- Comprendre et diffuser les points de vue de l'ASPC et des organismes partenaires.
- Examiner les effets de la conception organisationnelle interne de l'ASPC (notamment ses principales fonctions d'entreprise) sur les activités plurisectorielles ainsi que la réussite des projets et voir comment elle pourrait être revue.
- Mesurer la crédibilité du concept de partenariats plurisectoriels ainsi que le rôle du gouvernement dans l'initiative.
- Montrer comment on tire parti des fonds du secteur privé et des contributions en nature pour créer de la valeur sociale et stimuler des changements de comportement.
- Voir comment cette méthode de travail offre des possibilités d'innovation sociale.
- Démontrer qu'une approche plurisectorielle a une incidence sur les déterminants comportementaux et environnementaux de la santé.
- Examiner les conséquences imprévues (positives et négatives) du programme.
- Voir comment établir des partenariats dans des situations ou circonstances difficiles, p. ex. en santé autochtone ou en milieu de travail.
- Définir les compétences nécessaires pour pouvoir trouver et établir des partenariats (Quelles sont ces compétences? Le personnel de l'ASPC les possède-t-il? Peuvent-elles être améliorées? Quelles formations pourraient être utiles?).
- Examiner les aspects du système de rémunération au rendement, notamment la pertinence des objectifs et des mesures.
- Déterminer comment les organismes partenaires peuvent partager de l'information au sein de leurs propres réseaux organisationnels.

l'établissement de ces partenariats, en particulier sur les conditions incontournables de leur impact collectif (et leurs indicateurs connexes), comme l'établissement d'un programme commun et de mesures partagées. Pour recueillir de l'information sur le projet plurisectoriel du CPCMC, seraient pertinents comme indicateurs la façon dont les partenaires et la communauté définissent et formulent le problème, le niveau de participation anticipé des partenaires au système partagé de mesures ainsi que les changements dans les activités des partenaires visant l'harmonisation avec le plan d'action partagé[41]. Pour les partenariats en place depuis longtemps ou en voie d'achèvement, l'information au niveau de l'initiative générale pourrait porter davantage sur ses résultats, utilisant des techniques de schématisation ou la technique du « changement le plus significatif » (« most significal change ») afin d'en décrire les impacts[56]. Cette stratégie d'apprentissage et d'amélioration ouvre au CPCMC de vastes possibilités pour concevoir, mettre à l'essai et améliorer les indicateurs permettant de mesurer l'efficacité de ses partenariats.

4. Analyse et synthèse – application aux données de perspectives analytiques pertinentes

Le volet 4 de la stratégie permet d'appliquer des méthodes pertinentes et rigoureuses à l'analyse et à la synthèse de données provenant de divers contextes et recueillies au moyen de méthodologies variées. Par exemple, une synthèse réaliste aide à repérer ce qui fonctionne et à déterminer pourquoi et comment certaines activités ont tel effet dans tel contexte[57]. Dans le cas du CPCMC, l'application d'une perspective réaliste favoriserait le regroupement de données probantes hétérogènes et la génération d'une orientation stratégique lors des discussions de groupe (visant à dégager une interprétation commune à partir de la nouvelle information). Les avis recueillis sont susceptibles de mettre en lien les données et les personnes ou groupes pertinents afin de favoriser la compréhension, l'évaluation, la résolution de problèmes et l'application des pratiques de partenariat du CPCMC.

L'un des éléments essentiels du cycle d'apprentissage est de s'assurer que l'information est accessible au public

auquel elle est destinée. Cependant, bien que la stratégie d'apprentissage et d'amélioration soit principalement destinée au CPCMC, les cycles d'apprentissage proposés permettront d'obtenir également les avis d'autres personnes et groupes (du gouvernement et à l'extérieur). Il peut notamment s'agir de rédiger des rapports techniques, diverses publications ou des cartes interactives en ligne, de faire des présentations aux divers membres de l'équipe du CPCMC ainsi qu'aux employés d'autres secteurs et ordres de gouvernement ou encore d'organiser des ateliers avec différents groupes selon l'interprétation et le traitement des données.

5. et 6. Rétroaction et action – refonte des processus, des structures, des stratégies d'évaluation et des options de mobilisation internes pour les partenariats plurisectoriels

Grâce aux séances de rétroaction tenues à la fin de chaque cycle d'apprentissage (volet 5), les membres et équipes du CPCMC peuvent adapter leurs nouveaux apprentissages aux changements organisationnels, stratégiques ou de pratiques envisagés. Ils peuvent notamment revoir les processus internes du CPCMC, modifier les techniques d'établissement de partenariats, élaborer de nouveaux modules de formation, mettre en œuvre des mécanismes de gouvernance des partenariats (aussi bien pour les nouveaux que pour ceux en cours) ou revoir les procédures d'évaluation des impacts et des résultats. Chaque action peut avoir une incidence sur les piliers prioritaires d'apprentissage (voir volet 1) et donc contribuer à déplacer la cible au cours du cycle d'apprentissage suivant. Avec ce degré de souplesse, la stratégie d'apprentissage et d'amélioration du CPCMC va rester pertinente et utile au fil des changements à venir au sein des projets de partenariats plurisectoriels.

Analyse

Les partenariats interorganisationnels constituent un élément important de l'initiative du Canada visant à résoudre des problèmes de santé publique complexes par la prévention des maladies chroniques, l'adoption d'un mode de vie plus sain et la réduction des inégalités en matière de santé[1,9]. Ces partenariats cherchent à accroître la portée des programmes fondés sur des données probantes, à tirer parti de nouvelles ressources et à stimuler le changement dans la santé et la culture des communautés et des organismes partenaires. Insister sur l'engagement dans des partenariats est conforme aux intentions du gouvernement, comme l'illustre un récent Discours du Trône, de saisir « [...] les occasions présentées par la finance sociale et l'Appel national d'idées sur la finance sociale, qui s'est avéré une réussite »[58].

Le projet plurisectoriel du CPCMC, qui compte de nombreux partenaires traditionnels comme non traditionnels, vise à réaliser des gains sociaux et économiques en tirant parti de l'expertise, des ressources et de l'influence de ses divers partenaires. Dans cet article, on a décrit la méthode utilisée par le CPCMC pour élaborer une stratégie d'apprentissage et d'amélioration pour les partenariats plurisectoriels. Bien qu'elle soit principalement destinée au CPCMC, cette stratégie peut s'appliquer à d'autres groupes et organismes, gouvernementaux ou non.

La stratégie d'apprentissage et d'amélioration fondée sur des données probantes pour les partenariats plurisectoriels que nous avons décrite est conforme aux orientations actuelles de la recherche interventionnelle en santé de la population[59,60]. L'initiative des partenariats plurisectoriels du CPCMC porte sur l'ensemble des interventions en santé de la population : l'action précède la science, les innovations sont mises en œuvre par une équipe responsable de la politique et de la pratique, un large éventail de connaissances pertinentes est utilisé pour définir et comprendre l'initiative, les efforts sont habités par le désir de stimuler un changement social à grande échelle et enfin il faut du temps pour que les résultats de l'initiative se manifestent[61]. Contrairement aux méthodes de recherche fondées sur une hypothèse de départ, ce type d'intervention dans le domaine de la santé de la population fait appel à un modèle de recherche intégré permettant de comprendre, d'évaluer et de diffuser de manière rigoureuse la manière dont fonctionnent les pratiques, dans quelles conditions, pour qui et pourquoi[61]. C'est cette approche « apprenons en fonctionnant » qui est à la base de la stratégie d'apprentissage et d'amélioration du CPCMC pour les partenariats plurisectoriels, et qui se révèle très pertinente également pour d'autres initiatives gouvernementales (de l'ASPC et d'autres ministères). Les priorités d'apprentissage de départ (compréhension de la portée du partenariat, effets attendus et imprévus et repérage des connaissances fondées sur les pratiques) ont grandement contribué à la littérature scientifique sur les partenariats et à soutenir les efforts du CPCMC – puis ceux d'autres ministères – dans l'amélioration des partenariats plurisectoriels.

Points forts et limites

Cette étude a deux limites principales. D'abord, comme les consultations n'ont été menées qu'auprès du personnel du CPCMC, il n'a pas été possible d'obtenir les points de vue et les expériences d'autres personnes participant aux projets de partenariats plurisectoriels. À mesure que la stratégie d'apprentissage et d'amélioration pour les partenariats plurisectoriels sera mise en œuvre, il sera important d'élargir l'éventail des participants à d'autres directions et divisions de l'ASPC et aux organismes partenaires. Il est prévu d'obtenir ces points de vue sur la portée par la collecte de données auprès des partenaires externes (des secteurs public et privé).

En second lieu, même si l'analyse de la littérature sur les cadres a été systématique, elle pourrait ne pas être exhaustive : d'autres cadres et modèles pertinents n'ont peut-être pas été inclus dans l'étude. Néanmoins, les cadres évalués ont fourni des points de vue variés sur les structures, les fonctions et les résultats des partenariats plurisectoriels.

Un premier cycle de la stratégie visera la compréhension de la portée des projets de partenariat actuels, un second cycle les conséquences imprévues (positives ou non) des différents projets de partenariat. Les conclusions tirées à la suite de ces deux cycles s'ajouteront aux efforts d'augmentation des connaissances sur les expériences pratiques des participants dans leurs projets de partenariat.

Conclusion

Dans cet article, nous avons retracé dans ses grandes lignes la méthode utilisée par le CPCMC pour augmenter et améliorer les connaissances sur les partenariats plurisectoriels. La stratégie décrite ici fournit au CPCMC – et peut-être également à d'autres parties – des moyens pratiques, flexibles et fondés sur des données probantes de cerner et de combler les principaux besoins en matière d'apprentissage liés aux partenariats plurisectoriels, tout en permettant de répondre aux demandes des acteurs souhaitant modifier les politiques publiques. Quoique l'établissement de tels partenariats pour traiter des enjeux de santé complexes ne soit pas nouveau, nos connaissances à leur sujet sont limitées. La stratégie d'apprentissage et d'amélioration pour ces partenariats dont cet article a fait état aidera, souhaitons-le, le CPCMC et d'autres organismes à combler les lacunes en matière de connaissances et à accroître la capacité des projets plurisectoriels à s'attaquer aux questions de santé qui affectent les Canadiens.

Références

1. Johnston LM, Finegood DT. Cross-Sector partnerships and public health: challenges and opportunities for addressing obesity and noncommunicable diseases through engagement with the private sector. Annu Rev Public Health. 2015;36:255-71. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031914-122802

2. Woulfe J, Oliver TR, Zahner SJ, Siemering KQ. Multisector partnerships in population health improvement. Prev Chronic Dis. 2010;7(6):A119.

3. Reich MR. Public-private partnerships for public health. Cambridge (MA) : Harvard Centre for Population Development Studies; 2002.

4. Provan KG, Fish A, Sydow J. Interorganizational networks at the network level: a review of the empirical literature on whole networks. J Manage. 2007;33(3):479-516. doi: 10.1177/0149206307302554

5. Provan KG, Beagles JE, Leischow SJ. Network formation, governance, and evolution in public health: the North American Quitline Consortium case. Health Care Manage Rev. 2011;36(4):315-326. doi: 10.1097/HMR.0b013e31820e1124

6. Provan KG, Lemaire R. Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: using research to inform scholarship and practice. Public Adm Rev. 2012;72(5):638-48. doi: 10.1111/j.1540-6210.2012.02595.x

7. Willis CD, Riley BL, Best A, Ongolo-Zogo P. Strengthening health systems through networks: the need for measurement and feedback. Health Policy Plan. 2012;27Suppl 4:62-6.

8. Willis CD, Riley BL, Herbert CP, Best A. Networks to strengthen health systems for chronic disease prevention [Internet]. Am J Public Health. 2013;103(11):e39-e48. doi: 10.2105/AJPH.2013.301249

9. Agence de la santé publique du Canada. Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2014 [consulté le 21 avril 2015]. En ligne à: http://www.phac-aspc.gc.ca/fo-fc/mspphl-pppmvs-fra.php

10. Austin JE, Seitanidi MM. Collaborative value creation: a review of partnering between nonprofits and businesses. Part 2. Partnership processes and outcomes. Nonprof Volunt Sec Q.2012;41(6):929-968.

11. Austin JE, Seitanidi MM. Collaborative value creation: a review of partnering between nonprofits and businesses. Part 1. Value creation spectrum and collaboration stages. Nonpro Volunt Sec Q.2012;41(5):726-758.

12. Al-Tabbaa O, Leach D, March J. Collaboration between nonprofit and business sectors: a framework to guide strategy development for nonprofit organizations. Voluntas: Int J Volunt Nonprof Org. 2013;25(3):657-678. doi: 10.1007/s11266-013-9357-6

13. Bryson JM, Crosby BC, Stone MM. The design and implementation of cross-sector collaborations: propositions from the literature. Public Admin Rev. 2006;66(Suppl. 1)44-55.

14. Friedman SR, Reynolds J, Quan MA, Call S, Crusto CA, Kaufman JS. Measuring changes in interagency collaboration: an examination of the Bridgeport Safe Start Initiative. Eval Program Plann. 2007;30(3):294-306.

15. Kothari A, Sibbald SL, Wathen CN. Evaluation of partnerships in a transnational family violence prevention network using an integrated knowledge translation and exchange model: a mixed methods study. Health Res Policy Syst. 2014;12(1):25. doi: 10.1186/1478-4505-12-25

16. Kumaresan J, Heitkamp P, Smith I, Billo N. Global Partnership to Stop TB: a model of an effective public health partnership. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8(1):120-129.

17. Kernaghan K. Partnership and public administration: conceptual and practical considerations. Can Public Admin. 1993;36(1):57-76.

18. Butterfoss FD. Coalitions and partnerships in community health. San Francisco (CA) : Jossey-Bass; 2007.

19. Asante AD, Zwi AB. Public-private partnerships and global health equity: prospects and challenges. Indian J Med Ethics. 2007;4(4):176-180.

20. Barr DA. Ethics in public health research: a research protocol to evaluate the effectiveness of public-private partnerships as a means to improve health and welfare systems worldwide. Am J Public Health. 2007;97(1):19-25.

21. Bate SP, Robert G. Knowledge management and communities of practice in the private sector: Lessons for modernizing the NHS in England and Wales. Public Administration. 2002;80:643-663. doi: 10.1111/1467-9299.00322

22. Beaglehole R, Ebrahim S, Reddy S, Voute J, Leeder S. Prevention of chronic diseases: a call to action. Lancet. 2007;370(9605):2152-2157.

23. Galea G, McKee M. Public-private partnerships with large corporations: setting the ground rules for better health. Health Policy. 2014;115(2-3):138-140. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.003

24. Leenaars K, Jacobs-van der Bruggen M, Renders C. Determinants of successful public-private partnerships in the context of overweight prevention in Dutch youth. Prev Chronic Dis. 2013;10:E117 doi: 10.5888/pcd10.120317

25. Mannar MG, van Ameringen M. Role of public-private partnership in micronutrient food fortification. Food Nutr Bull. 2003;24(4 Suppl):S151-4.

26. Rummery K. Healthy partnerships, healthy citizens? An international review of partnerships in health and social care and patient/user outcomes. Soc Sci Med. 2009;69 (12):1797-1804. doi: 10.1016/j.socscimed. 2009.09.004

27. Weiner BJ, Alexander JA. The challenges of governing public-private community health partnerships. Health Care Manage Rev. 1998;23(2):39-55.

28. Widdus R. Public-private partnerships: an overview. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2005;99Suppl 1:S1-8.

29. Senge PM. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York : Currency; 1994.

30. Senge PM, Sterman JD. Systems thinking and organizational learning: acting locally and thinking globally in the organization of the future. Eur J Oper Res. 1992;59:137-150.

31. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice Hall; 1984.

32. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA) : MIT Press; 2000.

33. Cajaiba-Santana G. Social innovation: moving the field forward. A conceptual framework. Technol Forecast Soc.2014;82 (0):42-51.

34. Le Ber MJ, Branzei O. (Re)forming strategic cross-sector partnerships: Relational processes of social innovation. Bus Soc. 2010;49 (1):140-172. doi:10.1177/0007650309345457

35. Porter M, Kramer M. Creating shared value. Harvard Bus Rev. 2011 Jan/Feb.

36. Porter ME, Hills G, Pfitzer M, Patscheke S, Hawkins E. Measuring shared value. How to unlock value by linking social and business results. Boston (MA) : FSG; 2011.

37. Bockstette V, Stamp M. Creating shared value: a how-to guide for the new corporate (r)evolution. Boston (MA) : FSG; 2011.

38. Hanleybrown F, Kania J, Kramer M. Channeling change: making collective impact work [en ligne]. Stanford Soc Innov Rev. 2012 [consulté le 21 avril 2015]. En ligne à : http://ssir.org/articles/entry/channeling_change_making_collective_impact_work

39. Kania J, Kramer M. Embracing emergence: how collective impact addresses complexity. Stanford Soc Innov Rev [en ligne]. 2013 [consulté le 21 avril 2015]. En ligne à : http://www.ssireview.org/blog/entry/embracing_emergence_how_collective_impact_addresses_complexity

40. Kania J, Kramer M. Collective impact [en ligne]. Stanford Soc Innov Rev. 2011 [consulté le 21 avril 2015]. En ligne à : http://www.ssireview.org/articles/entry/collective_impact

41. Preskill H, Parkhurst M, Splansky Juster J. Guide to evaluating collecting impact: assessing progress and impact Boston (MA) : Collective Impact Forum; 2013.

42. Preskill H, Parkhurst M, Splansky Juster J. Guide to evaluating collecting impact: Learning and evaluation in the collective impact context. Boston (MA) : Collective Impact Forum; 2013.

43. Phills JA, Deiglmeier K, Miller DT. Rediscovering social innovation. Stanford Soc Innov Rev. 2008;6(4):34-43.

44. Foster-Fishman PG, Nowell B, Yang H. Putting the system back into systems change: a framework for understanding and changing organizational and community systems. Am J Community Psychol. 2007;39(3-4):197-215.

45. Emerson K, Nabatchi T, Balogh S. An Integrative Framework for Collaborative Governance. J Public Admin Res Theor. 2011;22 (1):1-29.

46. Seitanidi MM, Koufopoulos DN, Palmer P. Partnership Formation for Change: Indicators for Transformative Potential in Cross Sector Social Partnerships. Journal of Business Ethics. 2010;94(S1):139-161.

47. Chen B. Antecedents or processes? Determinants of perceived effectiveness of interorganizational collaborations for public service delivery. Int Public Manag J. 2010;13 (4):381-407.

48. Nowell B, Foster-Fishman P. Examining mMulti-Sector Community Collaboratives as Vehicles for Building Organizational Capacity. Am J Community Psychol. 2011;48(3-4):193-207. doi: 10.1007/s10464-010-9364-3

49. Gulati R, Lavie D, Madhavan R. How do networks matter? The performance effects of interorganizational networks. Res Organ Behav. 2011;31:207-224.

50. Dietscher C. How can the functioning and effectiveness of networks in the settings approach of health promotion be understood, achieved and researched? Health Promot Int. 2013 doi: 10.1093/heapro/dat067.

51. Herranz J. Multilevel performance indicators for multisectoral networks and management. Am Rev Public Admin. 2010;40 (4):445-60. doi:10.1177/0275074009341662

52. Fawcett S, Schultz J, Watson-Thompson J, Fox M, Bremby R. Building multi-sectoral partnerships for population health and health equity. Prev Chronic Dis. 2010;7(6).

53. Woodland RH, Hutton MS. Evaluating organizational collaborations: Suggested entry points and strategies. Am J Eval. 2012;33 (3):366-83. doi: 10.1177/1098214012440028

54. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi Technique: making sense of consensus. Pract Assess Res Eval. 2007;12(10):1-8.

55. Glasby J, Dickinson H, Miller R. Partnership working in England—where we are now and where we've come from. Int J Integr Care. 2011 11 Spec Ed

56. McIsaac E, Van Ymeren J. Demonstrating the results of capacity building: Final report of the Partnerships Grant Learning Project. Toronto (Ont.). The Mowat NFP; 2014.

57. Pawson R. The science of evaluation: a realist manifesto. London (UK) : Sage Publications; 2013.

58. Gouverneur général Canada. Discours du Trône ouvrant la deuxième session, quarante unième législature du Canada. 16 octobre 2013; [consulté le 21 avril 2015]. En ligne à : http://www.lop.parl.gc.ca/ParlInfo/Documents/ThroneSpeech/41-2-f.html

59. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? Can J Public Health. 2009;100(1). Suppl I8-14

60. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. J Epidemiol Community Health. 2002;56(2):119-127.

61. Hobin E, Hayward S, Riley BL, Di Ruggiero E, Birdsell J. Maximising the use of evidence: exploring the intersection between population health intervention research and knowledge translation from a Canadian perspective. Evid Pol. 2012;8(1):97-115.

Rapport d'étape

Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes : un système de surveillance des blessures dynamique et novateur

J. Crain, M. A. (1); S. McFaull, M. Sc. (1); W. Thompson, M. Sc. (1); R. Skinner, M. Ps. (1); M. T. Do, Ph. D. (1); M. Fréchette, M. Sc. (1); S. Mukhi, Ph. D. (2)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Ce rapport d'étape sur le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), un système de surveillance des blessures et des empoisonnements utilisé par les services d'urgence, décrit le résultat de la migration d'un processus d'entrée et de codage des données centralisé vers le processus décentralisé de l'eSCHIRPT, réalisée en 2011. Ce système sécurisé accroît la souplesse et la rapidité globales du SCHIRPT, attributs clés d'un système de surveillance efficace. La plate-forme intégrée de l'eSCHIRPT permet une entrée de données et un accès aux données en temps quasi réel, comprend des outils conviviaux de gestion et d'analyse des données et facilite la communication et la connectivité au sein du réseau du SCHIRPT grâce à un centre de collaboration en ligne. L'essai pilote mené actuellement sur les outils automatisés de contrôle de données et d'analyse des tendances – destinés à surveiller et à mettre en évidence les données d'entrée à partir de critères prédéfinis (par exemple un nouveau produit de consommation) – révèle le potentiel de détection rapide des nouveaux dangers, enjeux et tendances que possède l'eSCHIRPT.

Mots-clés : surveillance des blessures, prévention des blessures, informatique, surveillance syndromique, épidémiologie, santé publique

Points saillants

- Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) est un système de surveillance des blessures qui s'est toujours révélé souple et facilement actualisable.
- La nouvelle plate-forme en ligne, eSCHIRPT, a encore amélioré la souplesse et l'opportunité du SCHIRPT.
- Les outils intégrés de gestion des données et de communication de l'eSCHIRPT permettent un meilleur accès à l'information, une meilleure communication et une meilleure connectivité au sein du réseau du SCHIRPT.
- L'évaluation pilote des outils de surveillance automatique des données et des variations dans les tendances démontre le potentiel de l'eSCHIRPT à fournir des alertes précoces sur les enjeux liés à de nouvelles blessures et à de nouvelles tendances chez les Canadiens.

Introduction

Les blessures non intentionnelles constituent la principale cause de décès chez les Canadiens de 1 à 44 ans, et la quatrième cause de décès en importance pour l'ensemble des groupes d'âge[1]. La plupart des blessures ne découlent pas d'accidents inévitables, mais sont prévisibles et évitables[2].

La surveillance de la santé est la collecte systématique et continue d'information sur la santé ainsi que l'analyse, l'interprétation et la diffusion de cette information afin de la rendre utile et accessible[3,4]. La surveillance des blessures est essentielle à la compréhension des circonstances qui les engendrent car cette compréhension permet de prévenir les blessures grâce à la détection rapide des nouveaux dangers et des nouvelles tendances, à des campagnes de sensibilisation du public et à des lois sur la sécurité des produits. Les systèmes de surveillance doivent donc être dynamiques[3] et actualisés en fonction des changements des comportements, des dangers, des contextes, de la technologie en évolution constante et de divers facteurs. La souplesse et l'opportunité (au sens de caractère opportun) sont des attributs clés d'un système de surveillance efficace. On entend par *souplesse* le fait que « [l]e système doit être facile à modifier, surtout lorsque l'évaluation continue dont il fait l'objet montre qu'un changement est souhaitable ou nécessaire » et par *opportunité* le fait que « [l]e système doit pouvoir générer des données mises à jour chaque fois que cela s'impose »[3, p. 18-19].

Avant 1990, la surveillance des blessures à l'échelle nationale était principalement fondée sur les données sur la mortalité et sur

Rattachement des auteurs :

1. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Réseau canadien de renseignements sur la santé publique, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Jennifer Crain, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, 7e étage, I.A. 6807B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-799-4096; téléc. : 613-941-2057; courriel : jennifer.crain@phac-aspc.gc.ca

les données administratives des hôpitaux. Malgré leur pertinence pour la mesure de l'incidence des blessures les plus graves, ces données permettaient une saisie limitée des blessures moins graves ainsi que des précisions autour des circonstances entourant certaines blessures. C'est dans ce contexte que le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), système de surveillance de blessures et d'empoisonnement utilisé par les services d'urgence, a été mis sur pied, en 1990, afin de répondre au besoin d'une information de meilleure qualité et plus actualisée sur la surveillance des blessures au Canada.

Le SCHIRPT est utilisé dans onze hôpitaux pour enfants et six hôpitaux généraux à l'échelle du Canada (tableau 1), et il est financé et administré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il rassemble les données des comptes rendus des circonstances des blessures (la description de « ce qui s'est passé ») consignés par les patients sur le formulaire de rapport de blessures et d'empoisonnement, questionnaire qu'ils remplissent au moment de leur visite au service d'urgence. Le médecin traitant ou un membre du personnel y ajoute les données cliniques, et les codeurs de données extraient également d'autres renseignements des comptes rendus des patients. Les données du SCHIRPT permettent d'obtenir une description plus complète de l'événement (incluant les facteurs de risque et de protection) que les données administratives des hôpitaux ou les données sur la mortalité, et permettent en outre le repérage des blessures moins graves n'entraînant pas d'hospitalisation.

Depuis 1990, près de trois millions de rapports ont été enregistrés dans la base de données du SCHIRPT, dont près de 80 % concernent des soins pédiatriques.

Au cours de ses 25 années d'existence, le SCHIRPT a permis, grâce à ses données, l'élaboration de normes et de lois sur la sécurité des produits, en collaboration avec la Direction de la Sécurité des produits de consommation (DSPC) de Santé Canada et d'autres organismes[5-9]. Plus d'une centaine d'articles scientifiques, portant sur une vaste gamme de sujets, citent ces données[10-16]. Les directeurs et les coordonnateurs du SCHIRPT des hôpitaux concernés sont également couramment consultés sur la façon d'améliorer la surveillance et la prévention des blessures.

Parmi les autres systèmes de surveillance sentinelle des blessures en milieu hospitalier, citons le National Electronic Injury Surveillance System (NEISS) des États-Unis, qui produit des données en temps quasi réel par le biais d'un réseau regroupant une centaine d'hôpitaux[17], et la Base de données de l'Union européenne (UE) sur les blessures (IDB) qui fournit des renseignements normalisés de plusieurs pays sur les causes extérieures des blessures traitées dans une centaine de services d'urgence de l'UE[18]. Ces deux systèmes peuvent être consultés publiquement en ligne et se sont révélés souples[19].

Dans cet article, nous décrivons la modernisation dont le SCHIRPT a récemment fait l'objet pour répondre aux demandes de renseignements plus opportuns, de souplesse constante et de technologie informatique dynamique et intégrée capable de s'adapter à des besoins opérationnels changeants. (L'histoire du SCHIRPT est rapportée ailleurs[20-22].) L'évolution du SCHIRPT est aussi conforme au programme du gouvernement du Canada visant à exploiter les nouvelles technologies dans le but de faciliter le réseautage et l'accès aux données grâce à des processus, des structures et des systèmes efficaces interreliés et dynamiques[23].

Après une brève description des récentes modifications apportées à la table de codage (un guide d'exploitation définissant les codes et les variables) du SCHIRPT, nous examinons la plate-forme d'eSCHIRPT, ses principales réussites et ses orientations futures. À l'exception de quelques évaluations de systèmes, dont celle sur le SCHIRPT, l'information sur la modernisation des systèmes de surveillance des blessures est peu abondante[18,19,21,24]. Ce n'est également que récemment que l'on a fait état d'une

TABLEAU 1
Emplacements actuels du SCHIRPT

Emplacement	Lieu	Date d'adhésion au SCHIRPT
Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique	Vancouver (C.-B.)	Avril 1990
Hôpital général de Kelowna	Kelowna (C.-B.)	Avril 2011
Hôpital pour enfants de l'Alberta	Calgary (Alb.)	Avril 1990
Hôpital Stollery pour enfants	Edmonton (Alb.)	Juin 2009
Centre des sciences de la santé, Hôpital pour enfants de Winnipeg	Winnipeg (Man.)	Avril 1990
Centre de santé d'Arctic Bay	Arctic Bay (Nun.)	Janvier 1991
Hôpital pédiatrique du Centre des sciences de la santé de London	London (Ont.)	Avril 1990
Hôpital pour enfants malades	Toronto (Ont.)	Avril 1990
Hôpital général de Kingston	Kingston (Ont.)	Juin 1993
Hôpital Hôtel-Dieu	Kingston (Ont.)	Juin 1993
Clinique ambulatoire pour enfants (associée à l'Hôpital Hôtel-Dieu)	Kingston (Ont.)	Septembre 2011
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Ottawa (Ont.)	Avril 1990
Hôpital de Montréal pour enfants	Montréal (Qc)	Avril 1990
CHU Sainte-Justine	Montréal (Qc)	Avril 1990
Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHU de Québec	Québec (Qc)	Juillet 1991
Centre de soins de santé IWK	Halifax (N.-É.)	Avril 1990
Janeway Children's Health and Rehabilitation Centre	St. John's (T.-N.-L.)	Avril 1990
Hôpital général de Carbonear	Carbonear (T.-N.-L.)	Avril 2011

Abréviations : CHU, centre hospitalier universitaire; SCHIRPT, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

pénurie de connaissances sur les nouveaux outils technologiques de surveillance des blessures[25]. Dans ce contexte, notre article prend toute sa pertinence.

La table de codage du SCHIRPT

La table de codage du SCHIRPT s'est adaptée aux besoins changeants des programmes et des demandes d'information. En particulier, le SCHIRPT a évolué afin de réduire les redondances, accroître la comparabilité avec la classification nationale et internationale des blessures et fournir des données plus détaillées et pertinentes sur certaines variables essentielles et certains sujets, notamment les dangers ou enjeux émergents et les variations dans les tendances. Par exemple, on a créé en 2010 un tableau d'ensemble de la variable « cause extérieure de la blessure » basé sur la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision* (CIM-10)[26], qui a servi à établir des statistiques sommaires sur les contextes et les circonstances des blessures. On a prévu une étude de validation sur la comparabilité entre la proportion des données sur la cause extérieure de la blessure saisies dans le SCHIRPT et celle des autres données sur la santé codées dans la CIM-10 canadienne et internationale. La variable sports et loisirs a également été définie à la même époque afin de permettre une saisie et une analyse plus détaillées et pertinentes des activités de sport et de loisirs associées aux blessures et afin de faire un suivi des blessures graves chez les jeunes, en particulier des traumatismes crâniens. Un grand nombre de nouveaux facteurs ont aussi été codés, correspondant à de nouveaux produits de consommation, pour mesurer en particulier les dangers émergents. Ce ne sont là que quelques exemples de la façon dont la table de codage du SCHIRPT a été modifiée pour demeurer souple au fil du temps.

Le SCHIRPT en ligne : eSCHIRPT

La plus notoire amélioration de la souplesse et de l'opportunité du SCHIRPT s'est faite grâce à une application électronique. Mis en place en 2011, eSCHIRPT est l'une des nombreuses applications Web intégrées de surveillance de la santé développées par le Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP). Le RCRSP est [traduction libre] « une infrastructure complète d'applications et de ressources visant à combler les lacunes critiques de l'infostructure nationale de la santé publique au Canada »[27, p. 353]. La mission première du RCRSP est d'améliorer la prestation quotidienne de services de santé publique en procurant aux intervenants en santé publique des ressources informatiques scientifiques et novatrices dans ce domaine[27]. Les autres objectifs du RCRSP, ainsi que certaines initiatives pilotées par le réseau pour accroître la surveillance de la santé publique, sont décrits ailleurs[28,29].

La conception de l'eSCHIRPT visait beaucoup plus que l'entrée de données : le système électronique a été mis au point en tant que plate-forme intégrée et originale capable de générer des données opportunes sur les blessures ainsi que des outils conviviaux de gestion et d'analyse des données, de faciliter la communication et la connectivité dans le réseau du SCHIRPT et d'optimiser la surveillance des blessures au niveau local dans chaque hôpital participant. Fidèles aux valeurs du RCRSP, les développeurs de l'eSCHIRPT ont utilisé une approche itérative coopérative, centrée sur les programmes, suivant laquelle les utilisateurs suggèrent des améliorations aux fonctions de l'application.

La rapidité de saisie des données s'est grandement améliorée grâce à l'eSCHIRPT. Sa plate-forme en ligne* dynamique permet aux hôpitaux participants de saisir les données en temps quasi réel, en nette amélioration par rapport à l'époque où la saisie était effectuée à l'administration centrale. Les codeurs de l'ASPC vérifient ensuite les données, attribuent des codes aux comptes rendus des patients, procèdent à des inspections de la qualité des données et à la gestion des erreurs – un travail entièrement réalisé en ligne. Ce processus collaboratif en direct permet de saisir simultanément un nombre beaucoup plus grand de données dans le système et de réduire progressivement le décalage entre la saisie de données et la diffusion des renseignements. Ainsi, l'information sur les blessures est accessible aux fins d'analyse à l'échelle locale et nationale, quelques jours après que les patients se sont présentés à la salle d'urgence. (Dans l'ancien système, où l'entrée de données était réalisée à l'administration centrale, le décalage entre la collecte et la saisie des données pouvait atteindre deux ans en raison de l'accumulation des données.)

L'eSCHIRPT dispose également d'outils intégrés de gestion des données qui ont grandement amélioré sa souplesse et sa rapidité. Ainsi, le personnel autorisé à utiliser le système peut manipuler directement la table de codage de l'eSCHIRPT pour y ajouter périodiquement de nouveaux éléments de données (comme le code d'un nouveau produit de consommation), et la justification et l'historique des changements sont automatiquement consignés dans l'eSCHIRPT. Ces caractéristiques simplifient grandement la gestion des changements et accroissent l'autonomie des utilisateurs à cet égard, permettent de s'assurer de la cohérence et de l'actualité de l'historique de la table de codage du SCHIRPT ainsi que de saisir et d'analyser plus rapidement les nouveaux problèmes et les nouvelles tendances à mesure que le portrait des blessures se transforme. Avant la mise sur pied de l'eSCHIRPT, l'exécution de ces tâches requérait des procédures et des documents de changement manuel distincts et coûteux en temps, et le maniement des éléments de données dans la base de données du SCHIRPT reposait sur le personnel des services techniques. Le personnel du SCHIRPT peut désormais effectuer ces modifications et mettre à jour la documentation instantanément dans l'eSCHIRPT.

Aujourd'hui, les hôpitaux participant au SCHIRPT (tableau 1) ont davantage d'autonomie à l'égard de leurs renseignements : ils peuvent extraire des données de l'eSCHIRPT et générer des rapports statistiques à l'aide des outils intégrés d'analyse des données et d'interrogation de l'eSCHIRPT, ce qui les rend moins dépendants de l'administration centrale au

*L'accès à la plateforme électronique du SCHIRPT est réservé aux utilisateurs dont l'enregistrement a été approuvé par l'Agence de la santé publique du Canada et aux hôpitaux participants. La procédure d'ouverture de session est sécurisée et protégée par un mot de passe.

moment de fournir leurs extraits de données et d'effectuer leurs analyses. Dans un récent sondage, 82 % (9 sur 11 et deux « indécis ») des responsables des hôpitaux participant au SCHIRPT ont répondu qu'ils étaient d'accord ou entièrement d'accord avec le fait qu'ils sont maintenant mieux outillés pour répondre efficacement aux demandes locales de renseignements présentées par les médias, les chercheurs et d'autres personnes ayant un intérêt pour les statistiques sur les blessures et souhaitant faire avancer leurs propres projets en matière de surveillance et de prévention des blessures ainsi que leurs recherches sur le sujet (en particulier, études scientifiques et campagnes de sensibilisation du public sur la prévention des blessures).

Un centre de collaboration intégré fournit des outils de sondage, des services de gestion des documents ainsi que des forums de discussion et de nouvelles qui facilitent l'accès aux connaissances sur la surveillance des blessures et leur diffusion dans l'ensemble du réseau du SCHIRPT. Le système comporte également un outil intégré d'impression qui permet à chaque hôpital participant d'imprimer des formulaires de rapport de blessures et d'empoisonnement vierges, éliminant ainsi le besoin d'envoi de formulaires par la poste. De plus, le tableau de bord de l'eSCHIRPT affiche des statistiques sur le rendement de l'entrée de données dynamiques et du codage.

La figure 1 illustre le déroulement actuel des opérations du SCHIRPT ainsi que son fonctionnement passé et les prévisions sur son fonctionnement futur.

Orientations futures

La surveillance syndromique et la détection rapide des dangers émergents et des variations dans les tendances exigent des renseignements opportuns. La surveillance syndromique est [traduction libre] « le processus systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données sur la santé visant à détecter rapidement les menaces pour la santé publique, humaine et animale, qui exigent la prise de mesures de santé publique » [30, p. 1]. L'essai pilote que mène le RCRSP sur les outils automatisés de contrôle de données et d'analyse des tendances – destinés à surveiller et mettre en évidence les données d'entrée selon des critères et des seuils prédéfinis (par exemple un nouveau produit de consommation ou un danger rare mais grave) – démontre bien le potentiel de surveillance syndromique des blessures d'eSCHIRPT. Dans le cas d'événements rares, un seul cas entraînera une alerte vérifiable. Les blessures à l'œil causées par les bâtons de hockey dans les ligues de hockey mineur en sont un exemple. On ne s'attend en aucun cas à ce type de blessure en raison de l'obligation de porter un masque complet. Toute alerte serait probablement faussement positive : jusqu'ici, l'eSCHIRPT a ainsi permis de détecter trois cas faussement positifs.

On a également procédé à la surveillance syndromique des données d'eSCHIRPT dans le cadre d'une étude de validation de principe visant à analyser l'efficacité du suivi et de la prévision des blessures associées aux sachets de détergent à lessive au Canada[31].

Les statistiques actuelles et rétrospectives compilées dans le SCHIRPT sont également fournies aux organisations gouvernementales et non gouvernementales, aux médias, au milieu universitaire et à d'autres intervenants afin de renforcer les projets de prévention des blessures, et l'eSCHIRPT a amélioré le caractère opportun des renseignements fournis. Les thèmes analysés récemment en réponse à des demandes de renseignements sur les blessures sont les sports d'équipe, les chutes d'une fenêtre et d'un balcon, les commotions et les monoskis à coussin d'air. Ces analyses sont fondées sur les statistiques établies en 2015 et 2016, alors qu'avant l'eSCHIRPT elles auraient pu remonter à deux ans. Il a également été possible de mettre à jour efficacement dans le SCHIRPT les statistiques de 2004 à 2014[32] sur les blessures causées par la pratique d'un sport et d'effectuer des estimations pour 2015 afin de répondre aux demandes de renseignements à jour de la part des intervenants.

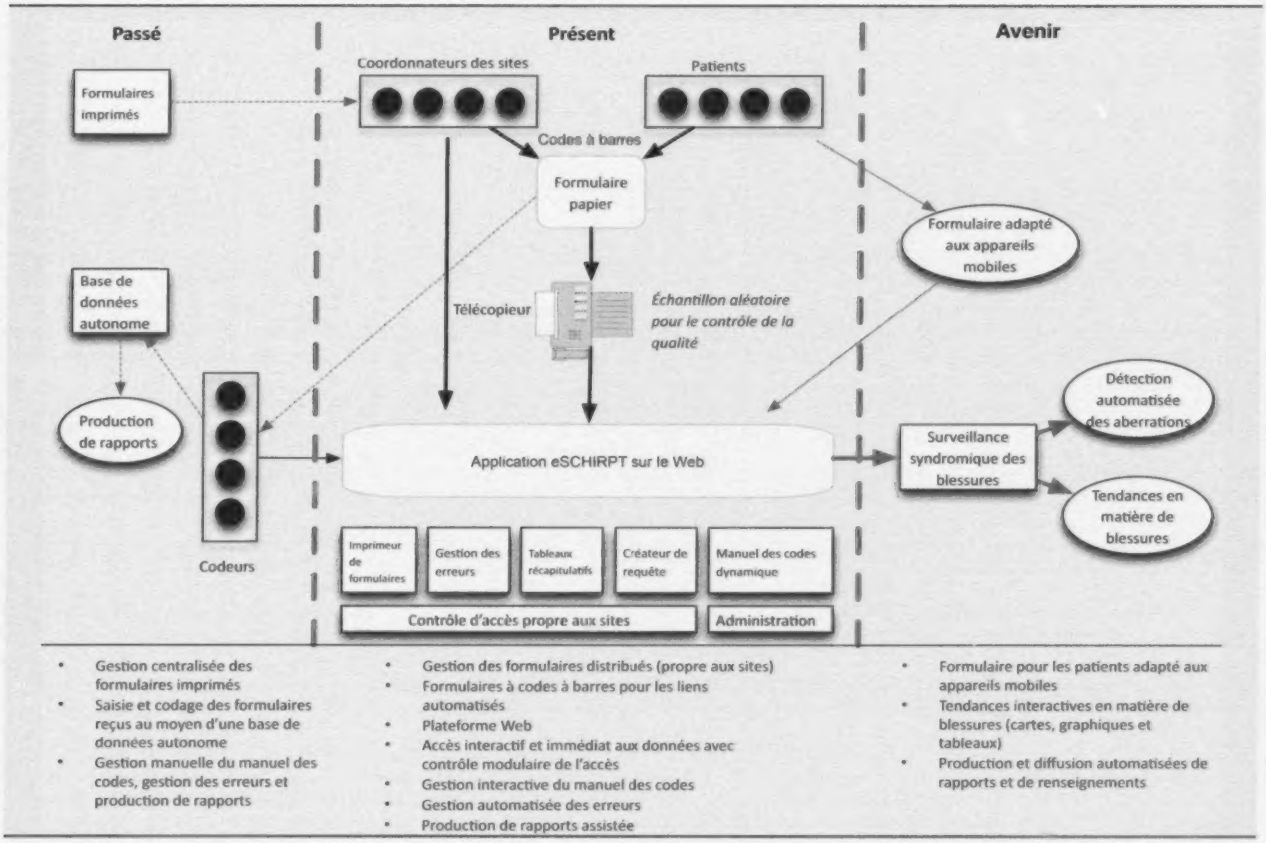
Les orientations futures comprennent également l'essai pilote d'une version d'eSCHIRPT compatible avec les appareils mobiles pour recueillir des données à l'aide d'appareils portatifs, pour examiner la faisabilité du partage intégré des connaissances dans l'ensemble des autres plate-formes de surveillance du RCRSP, pour procéder à une évaluation continue de l'application de la syndromique des blessures capable de détecter rapidement les nouvelles tendances et les problèmes émergents, pour évaluer les dénominateurs des taux de population, pour améliorer la saisie des données sur les blessures intentionnelles et pour accroître la collecte de données sur les adultes en augmentant le nombre d'hôpitaux généraux. En outre, l'utilisation d'eSCHIRPT pour améliorer la surveillance des blessures dans le Nord suscite un intérêt considérable et offrirait une occasion précieuse d'évaluer les circonstances et les types des blessures spécifiques au Nord[33].

Limites

Comme tout système de surveillance des blessures, le SCHIRPT a ses limites. Étant donné qu'il n'intègre qu'un échantillon de services d'urgence d'hôpitaux canadiens, ses données ne devraient pas servir à tirer des conclusions à propos des types de blessure pour l'ensemble de la population canadienne. Certaines études démontrent cependant que les données du SCHIRPT sont représentatives du profil des blessures liées à un sport et un loisir à Calgary comparativement aux données administratives des organismes régionaux de santé[34,35], aux blessures traitées à l'Hôpital de Montréal pour enfants qui ne nécessitaient pas une admission, pour lesquelles les patients ne se sont pas présentés au service d'urgence pendant la nuit ou n'étaient pas des cas d'empoisonnement[21] et aux enfants souffrant de blessures graves et aux jeunes enfants qui se sont présentés au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario[36].

Comme la majorité des hôpitaux participant au SCHIRPT sont des hôpitaux pour enfants (ceux-ci étant généralement situés dans de grandes centres urbains), les blessures subies par certains groupes sont sous-représentées dans la base de données, notamment les personnes vivant dans des régions rurales (dont certains peuples autochtones), les adolescents les plus âgés et les adultes. De plus, même si les données sur les personnes décédées à l'arrivée à

FIGURE 1
L'évolution du SCHIRPT : de la collecte manuelle de données à l'innovation



l'hôpital sont saisies dans le SCHIRPT, les données sur les personnes décédées sur les lieux ou après avoir été admises à l'hôpital n'y figurent pas. Les données des patients qui reçoivent un traitement immédiat sans se présenter au bureau d'inscription du service d'urgence et les données de ceux qui ne remplissent pas le formulaire de rapport de blessures et d'empoisonnement sont susceptibles de ne pas être saisies dans le système. Le taux de saisie des données dans le SCHIRPT (pourcentage de patients admissibles remplissant un formulaire SCHIRPT) s'élève en moyenne à 68 %, et peut atteindre de 90 à 100 % dans certains hôpitaux.

Le processus de mise sur pied du nouveau eSCHIRPT a de son côté connu plusieurs limites. Le personnel du SCHIRPT à l'administration centrale et dans les hôpitaux participants a fourni du temps et des efforts supplémentaires pour élaborer les documents de formation et les protocoles, suivre la formation et procéder à des examens déontologiques dans les hôpitaux. Les hôpitaux participants ont également dû s'adapter à l'augmentation de la charge de travail associée à l'entrée de données. Par ailleurs, des retards dans le réseau ont eu lieu périodiquement et, comme pour tout système, de brèves interruptions périodiques de service sont nécessaires pour les mises à niveau du système.

Conclusion

Cet article contribue aux connaissances sur la modernisation des systèmes de surveillance des blessures. Il démontre la souplesse dont a fait preuve le SCHIRPT au cours des dernières années. Les modifications apportées à la table de codage tiennent compte des demandes variées d'information, et l'implantation de l'eSCHIRPT a permis de faire de grands progrès dans l'amélioration de la dynamique et de la souplesse du système, tout en améliorant le caractère opportun de ses renseignements. L'eSCHIRPT est également conforme au programme de modernisation du gouvernement du Canada. De nouvelles connaissances sur les blessures et les facteurs de protection et de risque vont continuer à influer sur l'évolution du SCHIRPT, car la surveillance de la santé doit s'adapter en permanence aux changements dans les populations surveillées, aux nouvelles connaissances et technologies et aux demandes variées d'information.

Remerciements

Le dévouement des personnes et des organismes suivants envers le SCHIRPT

est grandement apprécié : Brenda Branchard, James Cheesman, Nicole Courville, Fernande Dupuis, Margaret Herbert, Joy Laham, Patrick McGuire, Joan McGuire-Slade, Brynn McLennan, Jenini Subaskaran, Melinda Tiv et Brian Wray. Nous exprimons aussi notre gratitude aux directeurs et coordonnateurs du SCHIRPT, passés et présents, des hôpitaux suivants : Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.), Hôpital général de Kelowna, Kelowna (C.-B.), Hôpital pour enfants de l'Alberta, Calgary (Alt.), Hôpital Stollery pour enfants, Edmonton (Alt.), Centre des sciences de la santé de l'Hôpital pour enfants de Winnipeg, Winnipeg (Man.), Centre de santé d'Arctic Bay, Arctic Bay (Nun.), Hôpital pédiatrique du Centre des sciences de la santé de London, London (Ont.), Hôpital pour enfants malades, Toronto (Ont.), Hôpital général de Kingston, Kingston (Ont.), Hôpital Hôtel-Dieu, Kingston (Ont.), Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ont.), Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Qc), CHU Sainte-Justine, Montréal (Qc), Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec, Québec (Qc), Centre de soins de santé IWK, Halifax (N.-É.), Janeway Children's Health and Rehabilitation Centre, St. John's (T.-N.-L.), Hôpital général de Carbonear, Carbonear (T.-N.-L.) et Newfoundland Centre for Health Information, St. John's (T.-N.-L.).

Références

1. Statistique Canada. Tableau 102-0561. Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada [page consultée le 20 avril 2016]. http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id = 1020561 &retrLang = fra&lang = fra.

2. Parachute. The Cost of Injury in Canada. Toronto (Ont.) : Parachute; 2015.

3. Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O (dir.) et Centers for Disease Control and Prevention. Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2001.

4. Naylor D (dir.). Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2003.

5. Groupe CSA. Aires et équipements de jeu. Toronto (Ont.) : Association canadienne de normalisation; 2014. (n° de catalogue CAN/CSA-Z614-F14).

6. Santé Canada. L'analyse des données sur les blessures mène à l'interdiction des marchettes pour bébés [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; [page consultée le 24 janvier 2014]; http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/activ/consprod/baby-bebe-fra.php

7. ATV youth injuries down, Halifax MD says [Internet]. Halifax : CBC News Nova Scotia; [page consulté le 28 janvier 2014]. http://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/atv-youth-injuries-down-halifax-md-says-1.1007280

8. Off-highway vehicles act. R.S., c. 323, s. 1.

9. Mackenzie SG. Traumatismes causés par les crochets des présentoirs des magasins. Maladies chroniques au Canada. 1992;13(6):128-129.

10. Forward KE, Seabrook JA, Lynch T, Lim R, Poonai N, Sangha GS. A comparison of the epidemiology of ice hockey injuries between male and female youth in Canada. Paediatr Child Health. 2014;19(8):418-422.

11. Lindsay H, Brussoni M. Blessures et port du casque au cours d'activités non motorisées sur roues chez des patients pédiatriques. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2014;34(2-3):79-87.

12. Keays G, Dumas A. Longboard and skateboard injuries. Injury. 2014;45(8):1215-9. doi: 10.1016/j.injury.2014.03.010.

13. Cherniawsky H, Bratu I, Rankin T, Sevcik WB. Serious impact of handlebar injuries. Clin Pediatr. 2014;53(7):672-76. doi: 10.1177/0009922814526977.

14. Pickett W, Kukaswadia A, Thompson W et collab. Use of diagnostic imaging in the emergency department for cervical spine injuries in Kingston, Ontario. CJEM. 2014;16(1):25-33.

15. Vanlaar W, McAteer H, Brown S, Crain J, McFaull S, Hing MM. Injuries related to off-road vehicles in Canada. Accident Anal Prev. 2015;75:264-71. doi: 10.1016/j.aap.2014.12.006.

16. Fridman L, Fraser-Thomas JL, McFaull S, MacPherson A. Epidemiology of sports-related injuries in children and youth presenting to Canadian emergency departments from 2007–2010. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2013;5:30. doi: 10.1186/2052-1847-5-30.

17. National Electronic Injury Surveillance System (NEISS) [Internet] Atlanta : Centres for Disease Control; [site consulté le 26 février 2015]. http://www.cpsc.gov/en/Safety-Education/Safety-Guides/General-Information/National-Electronic-Injury-Surveillance-System-NEISS/

18. Injury database [Internet]. Bruxelles : Commission européenne. [page consulté le 4 mars 2015]. http://ec.europa.eu/health/data_collection/databases/idb/index_en.htm

19. Zhang K, Wang J, Mikami Y. Evaluations on several national injury surveillance systems. Appl Mech Mater. 2013;321-324:2596-2601.

20. Mackenzie SG, Pless IB. CHIRPP: Canada's principal injury surveillance program. Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program. Inj Prev. 1999;5:208-213.

21. Macarthur C, Pless IB. Evaluation of the quality of an injury surveillance system. Am J Epidemiol. 1999;149(6):586-592.

22. Herbert M, Mackenzie SG. Injury surveillance in paediatric hospitals: the Canadian experience. Paediatr Child Health. 2004;9(5):306-308.

23. Gouvernement du Canada. Objectif 2020 : un point de départ – connaître votre opinion. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2013.

24. Kirkwood G, Hughes TC, Pollock AM. Injury surveillance in Europe and the UK. BMJ. 2014;349:g5337. doi: 10.1136/bmj.g5337.

25. McClure RJ, Mack K. Injury surveillance as a distributed system of systems. Inj Prev. 2015;0:1-2. doi: 10.1136/injuryprev-2015-041788.

26. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 1993.

27. Mukhi S, Aramini J, Kabani A. Contributing to communicable diseases intelligence management in Canada: CACMID meeting, mars 2007, Halifax (Nouvelle-Écosse). Can J Infect Dis Med Microbiol. 2007;18(6): 353-356.

28. Mukhi SN, Chester TL, Klaver-Kibria JD et collab. Innovative technology for web-based data management during an outbreak. Online J Public Health Inform. 2011; 3(1):1-13. doi: 10.5210/ojphi.v3i1.3514.

29. Mukhi SN, Meghnath K, Kuschak TI, Chu M, Ng LK. A web-based system for mapping laboratory networks: analysis of GLaDMap application. Online J Public Health Inform. 2012;4(2):1-11.

30. Syndromic surveillance: systems and analyses [Internet]. Londres, Royaume-Uni; Public Health England; [page consultée le 23 juin 2015]. https://www.gov.uk/government/collections/syndromic-surveillance-systems-and-analyses

31. Do MT, Cheesman J. Injury 'syndromics': a proof-of-concept using detergent packets. Inj Prev. 2015;21(Suppl 2)A1-28.

32. McFaull S, Subaskaran J, Branchard B, Thompson W. Surveillance aux services d'urgence des blessures à la tête et de l'ensemble des blessures provoquées par le baseball, le football, le soccer ou le hockey sur glace chez les enfants et les jeunes de 5 à 18 ans, 2004 à 2014. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(1):14-15.

33. Do MT, Fréchette M, McFaull S, Denning B, Ruta M, Thompson W. Injuries in the North – analysis of 20 years of surveillance data collected by the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program. Int J Circumpolar Health. 2013;72. doi: 10.3402/ijch.v72i0.21090.

34. Pickett W, Brison RJ, Mackenzie SG, Garner M, King MA, Greenberg TL et collab.Youth injury data in the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program: do they represent the Canadian experience?. Inj Prev. 2000;6(1):9-15.

35. Kang J, Hagel B, Emery CA, Senger T, Meeuwisse W. Assessing the representativeness of Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Programme (CHIRPP) sport and recreational injury data in Calgary, Canada. Int J Inj Contr Saf Promot. 2013;20(1):19-26. doi: 10.1080/17457300.2012.656315.

36. Macpherson AK, White HL, Mongeon S, Grant VJ, Osmond M, Lipskie T et collab. Examining the sensitivity of an injury surveillance program using population-based estimates. Inj Prev. 2008;14:262-5. doi: 10.1136/ip.2008.018374.

DEMANDE OUVERTE DE SOUMISSIONS

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

En 2015, nous avons publié des articles d'auteurs provenant de la majorité des provinces et des territoires.

Nous vous invitons à soumettre des articles contenant des renseignements qui font autorité sur les maladies infectieuses, qui éclaireront les politiques, les programmes et les pratiques.

Visitez : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/ia-ra-fra.php

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

Note de synthèse

Le fardeau économique direct des inégalités socioéconomiques en matière de santé au Canada : analyse des coûts des soins de santé selon le revenu

Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Agence de la santé publique du Canada

Diffuser cet article sur Twitter

Des recherches canadiennes révèlent que les personnes à faible revenu et celles dont le niveau d'éducation ou de compétences professionnelles est moins élevé ont tendance à être en moins bonne santé que celles qui s'en tirent mieux dans ces domaines[1-3]. Cette répartition inégale de la santé entre divers groupes socioéconomiques est appelée *inégalité socioéconomique en matière de santé*.

Les données probantes sur les coûts économiques liés aux inégalités en matière de santé nous aident à mieux comprendre les bénéfices liés à la réduction de ces inégalités. Il est toutefois difficile d'obtenir ce type de données. Au Canada, cela a entravé l'évaluation de la relation à l'échelle nationale entre coûts des soins de santé et caractéristiques socioéconomiques.

C'est dans ce contexte que l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada ont collaboré pour évaluer la faisabilité d'une approche ascendante (*bottom-up*) dans la compilation des données nationales sur les coûts des soins de santé, afin d'obtenir des données probantes sur le coût des inégalités socioéconomiques en matière de santé. Cette approche est fondée sur des données recueillies à l'échelle de l'individu et permet donc de calculer les coûts en fonction de certaines caractéristiques individuelles dont on ne dispose pas toujours dans d'autres sources de données. Elles incluent des indicateurs de statut socioéconomique (SSE) comme le niveau de scolarité et le revenu. Dans le cadre de l'étude présentée ici, les auteurs ont divisé la population en quintiles en fonction du revenu, puis examiné les coûts des soins de santé pour chacun de ces cinq groupes pour 2007-2008*.

Ces estimations des coûts des soins de santé par niveau de revenu permettent d'évaluer un volet des répercussions économiques : le *fardeau économique direct* des inégalités socioéconomiques en matière de santé au Canada. Cette mesure de l'incidence des inégalités socioéconomiques en matière de santé sur les dépenses faites au sein du système de santé offre une estimation de la réduction potentielle des coûts des soins de santé si tous les Canadiens affichaient la même utilisation des soins de santé et les mêmes tendances en matière de coûts que les membres du quintile de revenu supérieur[†].

Notons que, dans *Le fardeau économique direct des inégalités socioéconomiques en matière de santé au Canada : analyse des coûts des soins de santé selon le revenu*[4], le revenu a servi à mesurer de façon approximative le SSE parce qu'au Canada, les données qui permettent d'établir un lien entre les coûts des soins de santé et le revenu sont plus accessibles que les données sur les autres dimensions du SSE. Cependant, le fait d'utiliser cette approche ne signifie pas que les différences entre les coûts des soins de santé des différents groupes de revenu découlent uniquement du niveau de revenu, ni par conséquent qu'une meilleure répartition du revenu soit le principal instrument politique permettant de réduire les inégalités en santé.

De plus, les services de santé inclus dans ce rapport sont limités à ceux pour lesquels il existait des données individuelles à l'échelle nationale : hospitalisations de courte durée, médicaments sur ordonnance et consultations médicales (médecin généraliste ou spécialiste). Ensemble, ces services comptaient pour environ le quart des dépenses en santé au Canada en 2007-2008. Avoir davantage de données individuelles améliorerait le calcul du fardeau économique direct des inégalités socioéconomiques en matière de santé.

Points saillants

- **Ampleur du fardeau économique direct** Les inégalités socioéconomiques en matière de santé imposent un fardeau économique direct annuel d'au moins 6,2 milliards de dollars, soit plus de 14 % des dépenses totales associées aux hospitalisations de courte durée, aux médicaments sur ordonnance et aux consultations médicales.

* Il y a un certain nombre d'exceptions quant à l'utilisation de l'exercice 2007-2008 en tant qu'année de référence dans le rapport. Pour de plus amples renseignements, voir la section 3 du rapport complet.

† Voir la figure 3 à la page 22 du rapport complet pour une illustration graphique de la façon dont le fardeau économique des inégalités socioéconomiques en santé au Canada a été calculé.

Correspondance : Agence de la santé publique du Canada, I.A. 0900C2, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-957-2991; sans frais : 1-866-225-0709; téléc. : 613-941-5366; SRT : 1-800-465-7735; courriel : publications@hc-sc.gc.ca

- **Répartition du fardeau économique direct**
  Les Canadiens appartenant au groupe dont le revenu est le plus faible représentent 60 % (3,7 milliards de dollars) du fardeau économique direct total. L'amélioration de la santé du groupe socioéconomique le plus faible pourrait avoir une incidence importante sur la réduction du coût des inégalités socioéconomiques en matière de santé au Canada.

- **Coûts totaux par composante de soins de santé**
  Les coûts totaux standardisés selon l'âge pour les trois services de santé inclus dans le rapport s'élèvent à 43,8 milliards de dollars. Les hospitalisations de courte durée représentent 50 % de ce montant, les médicaments sur ordonnance 40 % et les consultations medicales 10 %[1].

- **Gradient socioéconomique du coût des soins de santé**
  Les coûts associés aux hospitalisations de courte durée et aux consultations médicales suivent généralement un gradient, les coûts des soins de santé diminuant à mesure que le revenu augmente. Les Canadiens qui font partie du quintile de revenu le plus faible affichent les coûts moyens de soins de santé normalisés selon l'âge les plus élevés.

- **Comparaison des gradients des coûts des soins de santé**
  La différence des coûts des soins de santé entre les groupes socioéconomiques est plus prononcée entre les Canadiens à faible revenu et à revenu moyen qu'entre les Canadiens à revenu moyen et à revenu élevé.

- **Tendances des coûts des soins de santé selon le sexe**
  Les coûts des soins de santé sont généralement plus élevés au sein du quintile de revenu le plus bas à la fois pour les femmes et pour les hommes.

- **Espérance de vie ajustée en fonction de la santé par niveau de revenu**
  L'Organisation mondiale de la Santé définit l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) comme « le nombre moyen d'années pendant lesquelles une personne peut espérer vivre en "bonne santé", compte tenu du nombre d'années pendant lesquelles elle vit en moins bonne santé en raison de maladies ou de blessures » (traduction)[5]. Les données incluses dans le rapport révèlent un gradient socioéconomique : l'EVAS est généralement plus faible lorsque le revenu est plus faible.

Conclusion

Le fardeau économique direct des inégalités socioéconomiques en matière de santé au Canada : analyse des coûts des soins de santé selon le revenu[4] fournit une première estimation nationale du fardeau économique direct des inégalités socioéconomiques en matière de santé au Canada. Ce fardeau est une indication de l'ampleur des coûts associés aux inégalités en matière de santé — ce qui révèle l'importance de tenir compte de ces inégalités lors de l'élaboration des politiques. En effet, une meilleure compréhension du fardeau économique direct peut aider à mieux répartir les dépenses en santé entre la prévention et le traitement, ainsi qu'à orienter les décisions sur les investissements à faire dans les services de soutien social qui facilitent l'adoption d'un mode de vie sain.

Références

1. Initiative sur la santé de la population canadienne. Réduction des écarts en matierè de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2008.

2. Administrateur en chef de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : s'attaquer aux inégalités en santé. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2008.

3. McIntosh CN, Finès P, Wilkins R, Wolfson M. Disparités selon le revenu dans l'espérance de vie ajustée sur la santé chez les adultes au Canada, 1991 à 2001 Rapports sur la santé. 2009;20(4):59-70.

4. Agence de la santé publique du Canada. Le fardeau économique direct des inégalités socio-économiques en matière de santé au Canada : analyse des coûts des soins de santé selon le revenu. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2016.

5. Organisation mondiale de la Santé . Health status statistics: mortality [Internet]. Genève (CH): Organisation mondiale de la Santé; [consultation le 11 avril 2016]. Consultable à la page : http://www.who.int/healthinfo/statistics/indhale/en/

[1] Il faut tenir compte des différentes méthodes d'établissement des coûts et des différents groupes de population visés par les données lorsqu'on compare les estimations des coûts totaux dans ce rapport avec d'autres estimations de coût. Pour de plus amples renseignements, voir la section 4 du rapport complet.

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2015 et 2016.

Ananth CV, Keyes KM, Hamilton A, Gissler M, Wu C, **Liu S** et collab. An international contrast of rates of placental abruption: an age-period-cohort analysis. PLoS ONE. 2015;10(5):e0125246. doi: 10.1371/journal.pone.0125246.

Bridger NA, Desai S, Grimes R, [...] **Audcent T**, [...] **Kropp R** et collab. The Committee to Advise on Tropical Medicine and Travel (CATMAT) - a reference for Canadian paediatricians. Paediatr Child Health. 2015;20(8):437-8.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for developmental delay. CMAJ. 2016 Mar 29. doi: 10.1503/cmaj.151437. [Epub disponible avant la version imprimée]

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for lung cancer. CMAJ. 2016;188(6):425-32. doi: 10.1503/cmaj.151421.

Mente A, Dagenais G, Wielgosz A, [...] **Jiang Y, de Groh M** et collab. Assessment of dietary sodium and potassium in Canadians using 24-hour urinary collection. Can J Cardiol. 2016;32(3):319-26. doi: 10.1016/j.cjca.2015.06.020.

Tonelli M, **Connor Gorber S**, Moore A, Thombs BD, au nom du **Canadian Task Force on Preventive Health Care**. Recommendations on routine screening pelvic examination. Can Fam Physician. 2016;62(3):211-4.

Demande de soumissions

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Les rédacteurs de Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada sont heureux d'annoncer que la revue invite à nouveau la soumission d'articles de tous les auteurs, indépendamment de leur rattachement.

Pour plus d'information et pour soumettre un article, veuillez consulter :
phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/autinfo-fra.php#subman

Recherche, politiques et pratiques

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada